

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

**LUCIE KLÍMOVÁ**

**IV. ročník**

**CHARAKTERISTIKA PRÁCE S MENTÁLNĚ POSTIŽENOU MLÁDEŽÍ  
A DOSPĚLÝMI V DENNÍCH STACIONÁŘÍCH**

**THE CHARACTERISTIC OF WORKING WITH MENTALLY  
CHALLENGED YOUTH AND ADULTS IN DAY CARE CENTRES**

**Vedoucí práce: PhDr. Jarmila Mojžíšová, PhD.**

**PRAHA 2011**

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

V Budišově dne 13.4.2011

.....

vlastnoruční podpis

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala paní PhDr. Jarmile Mojžíšové, PhD. za poskytnutou odbornou pomoc a podnětné rady. Dále bych ráda poděkovala pracovníkům a klientům Denního rehabilitačního stacionáře v Třebíči a Denního centra Barevný svět za pomoc při zpracování praktické části mé práce.

## **Anotace**

Bakalářská práce se zabývá specifickými metodami práce s mentálně postiženou mládeží a dospělými v denních stacionářích. Cílem práce je tyto metody charakterizovat a porovnat jejich realizaci v různých denních stacionářích. První část práce se zabývá teoretickými východisky této problematiky, je založena na studiu odborné literatury. Empirická část charakterizuje a porovnává dva vybrané denní stacionáře z hlediska materiálního vybavení, klimatu a organizace dne ve stacionářích, terapeutických metod a způsobů integrace a sleduje hlavní rozdíly v těchto předem stanovených kategoriích.

## **Klíčová slova**

Mentální retardace, mentálně postižení lidé, výchova a vzdělávání mentálně postižených, psychopedie, terapie, integrace, denní stacionář.

## **Annotation**

This thesis deals with specific methods of working with mentally challenged youth and adults in day care centres. The aim of the thesis is to characterize and compare the implementation of these methods in different day care centres. The first part of the thesis deals with the theoretical background of this issue; it is based on the study of literature. The empirical part describes and compares two selected day care centres in equipment, atmosphere and organization of the centres, therapeutic methods and ways of integration, and follows the main differences in these pre-defined categories.

## **Key words**

Mental retardation, mentally challenged people, education of mentally challenged people, psychopedics, therapy, integration, day care centre.

# Obsah

<b>ÚVOD .....</b>	<b>7</b>
<b>1 MENTÁLNĚ POSTIŽENÍ A SPOLEČNOST.....</b>	<b>8</b>
1.1 NORMALITA A ABNORMALITA .....	8
1.2 ZÁKLADNÍ TERMINOLOGIE .....	9
1.3 POSTIŽENÍ A PRÁVO .....	10
1.3.1 Deklarace práv mentálně postižených osob.....	10
<b>2 MENTÁLNÍ RETARDACE.....</b>	<b>13</b>
2.1 VYMEZENÍ POJMU.....	13
2.2 ETIOLOGIE .....	13
2.3 DIAGNOSTIKA.....	14
2.4 KLASIFIKACE.....	14
2.5 PSYCHICKÉ VLASTNOSTI OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	17
2.6 CHARAKTERISTIKA VYBRANÝCH SYNDROMŮ.....	18
2.6.1 Downův syndrom .....	18
2.6.2 Dětská mozková obrna.....	20
2.6.3 Autismus.....	22
<b>3 VÝCHOVA A VZDĚLÁVÁNÍ MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH.....</b>	<b>24</b>
3.1 PSYCHOPEDIE .....	24
3.1.1 <i>Výchova a vzdělávání mentálně postižených.....</i>	<i>25</i>
3.1.1.1 Výchova a vzdělávání mentálně postižených dětí.....	25
3.1.1.2 Výchova a vzdělávání mládeže a dospělých osob s mentálním postižením .....	26
3.1.2 <i>Psychopedické metody .....</i>	<i>29</i>
3.1.3 <i>Terapie ve speciálně-pedagogické péči.....</i>	<i>29</i>
3.1.3.1 Ergoterapie.....	30
3.1.3.2 Arteterapie .....	30
3.1.3.3 Muzikoterapie .....	31
3.1.3.4 Dramaterapie.....	33
3.1.3.5 Zooterapie .....	34
3.1.3.6 Metoda bazální stimulace.....	33
<b>4 VÝZKUMNÁ ČÁST .....</b>	<b>40</b>
4.1 CÍLE A METODY VÝZKUMU .....	40
4.2 CHARAKTERISTIKA VZORKU OSOB A ZAŘÍZENÍ, KDE BYL VÝZKUM PROVÁDĚN.....	40
4.2.1 <i>Denní rehabilitační stacionář Třebíč.....</i>	<i>41</i>
4.2.2 <i>Denní centrum Barevný svět .....</i>	<i>42</i>

4.3	SROVNÁNÍ DENNÍCH STACIONÁŘŮ PODLE STANOVENÝCH KATEGORIÍ .....	43
4.3.1	<i>Materiální vybavení stacionářů .....</i>	43
4.3.2	<i>Klima a organizace dne ve stacionářích.....</i>	46
4.3.3	<i>Terapeutické metody .....</i>	48
4.3.3.1	Ergoterapie .....	49
4.3.3.2	Arteterapie .....	50
4.3.3.3	Muzikoterapie .....	52
4.3.3.4	Dramaterapie .....	53
4.3.3.5	Zooterapie .....	54
4.3.3.6	Vzdělávání .....	55
4.3.3.7	Volnočasové aktivity.....	56
4.3.4	<i>Způsoby integrace.....</i>	57
4.3.4.1	Sociálně terapeutické činnosti .....	57
4.3.4.2	Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti.....	59
4.3.4.3	Pomoc při uplatňování práv .....	59
4.3.4.4	Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.....	59
<b>ZÁVĚR .....</b>		<b>62</b>
<b>POUŽITÁ LITERATURA A ELEKTRONICKÉ ZDROJE .....</b>		<b>63</b>
<b>PŘÍLOHY .....</b>		<b>- 65 -</b>

## Úvod

Již na přelomu šestnáctého a sedmnáctého století Jan Ámos Komenský vyzýval ve svých dílech ke změně postojů k dětem, které byly do té doby z nějakých důvodů, ať již pro nějaký nedostatek nebo odlišnost, vylučovány z výchovného a vzdělávacího procesu. V IX. kapitole jeho Velké didaktiky čteme, že „*nic nevadí, že se někteří zdají od přírody tupí a hloupí; neboť ta okolnost ještě více doporučuje toto obecné vzdělávání a naléhá na ně. Neboť čím je kdo nadání zdlouhavějšího nebo chatrnějšího, tím více pomoci potřebuje, aby byl co možná zbaven zvířecí tuposti a ztrnulosti. A nelze nalézt člověka tak nenadaného, aby mu vzdělání nepřineslo vůbec žádné zlepšení; ...*“.<sup>1</sup>

Od té doby česká společnost prošla vývojem v přístupu k postiženým, zejména v jejich výchově a vzdělávání, který dosáhl významného bodu koncem 19. a počátkem 20. století, kdy začala být speciální pedagogika uznávána jako teoretická disciplína. V průběhu 20. století se začalo prosazovat komplexní chápání vztahu mezi obecnou a speciální pedagogikou. Snaha o pomoc, výchovu a vzdělávání mentálně postižených jedinců se v současnosti těší velkému zájmu a rozvoji.

Tématem bakalářské práce je charakteristika práce s mentálně postiženou mládeží a dospělými v denních stacionářích. K výběru tématu mne vedla jednak jeho aktuálnost, jednak vlastní zájem o danou problematiku, který mne provází již od studia na střední škole.

Cílem práce je charakteristika specifických metod práce s mentálně retardovanými klienty v denních stacionářích. Teoretická část charakterizuje psychopedii jako speciálně-pedagogickou disciplínu, vymezuje pojem mentální retardace, popisuje legislativní rámec pro realizaci sociálních služeb, zejména denních stacionářů a popisuje metody používané v péči o mentálně postižené. V empirické části je zejména na základě pozorování a rozhovorů, jakožto zvolených výzkumných metod, charakterizována a porovnána práce s mentálně postiženými ve vybraném vzorku denních stacionářů.

---

<sup>1</sup> PATOČKA, J. et al. *Vybrané spisy Jana Amose Komenského*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1958. 92 s.

# 1 MENTÁLNĚ POSTIŽENÍ A SPOLEČNOST

Zdravotní postižení provází lidstvo již od samého začátku. I když byli postižení lidé ze společnosti sebevíce vytlačováni a žili mimo ni, byli vždy její součástí. V lidské společnosti byli vždy jedinci, kteří se nějakým způsobem lišili, ať již tyto odlišnosti byly tělesné či duševní. Vztah společnosti k těmto lidem, kteří se s postižením již narodili nebo k němu přišli třeba následkem úrazu či onemocnění, byl v některých obdobích velmi negativní, odmítavé postoje k postiženým lidem se ale postupně měnily v postoje ochranné a dále se pak přes snahu tato postižení vyléčit či nějak přeučit změnily ve snahu handicapované lidi integrovat a realizovat jejich práva na možnost rozvoje jako individualit i jako členů společnosti, tedy práva na přijetí člověka takového jaký je.

Každá společnost má svůj vlastní přístup k lidem, kteří se odlišují. Tato tradice pochází z určitého systému hodnot, z dosaženého poznání v dané problematice a z každodenního kontaktu s těmito lidmi. Společenské povědomí o tom, co je obvyklé, běžné a žádoucí ve vztahu k lidem s postižením, se z určitého hlediska velmi rychle mění. Každý z nás může být v pohledu na osoby s postižením do určité míry ovlivněn řadou předsudků a pro nezasvěceného člověka je velmi obtížné odlišit je od skutečné reality.

V současnosti lze u nás celkově zaznamenat zlepšování vztahů mezi zdravými a postiženými, přistupuje se k nim jako k rovnoprávným občanům České republiky, kteří mají práva být zařazeni do společnosti při jakémkoli stupni postižení a možnost žít nezávislým způsobem života. O lidech s postižením nejen pečujeme, ale především jim poskytujeme podporu, aby se mohli rozhodovat a také uplatnit a rozvíjet svůj talent a schopnosti, kterými disponují.

## 1.1 Normalita a abnormalita

Zdravotní postižení se pro svou snadnou rozpoznatelnost stalo něčím, co bylo a často stále je pojímáno jako „trest boží“ nebo „něco divného“, v každém případě však jako něco „nenormálního“. Ve způsobu, jakým je společností vnímán člověk s postižením, dochází často k nezáměrnému soustředění se na negativní charakteristiky. Zásadním kritériem našich postojů je pojetí normality. Každá společnost má svoje normy a obecně přijímané hodnoty toho, co je přijatelné a naopak. Podle původního latinského významu bychom slovo „norma“ mohli přeložit jako pravítko či pravidlo. Obecně se tento pojem dnes chápe zejména jako



závazná směrnice, ustálený a obecně respektovaný zvyk, nebo dokonce zákon.<sup>2</sup> Konkrétního člověka hodnotíme především tak, že ho srovnáváme s ostatními a posuzujeme míru jeho jinakosti od stanovených norem. Posuzování odchylek od normality závisí do velké míry na konkrétních projevech odlišnosti – viditelné vady mohou vzbuzovat dojem mnohem těžšího postižení ve srovnání s jinými odchylkami apod.

Existují ovšem také různá pojetí normality, například Josef Slowík uvádí velmi zajímavý pohled na tuto problematiku: *“Zcela jiný a z hlediska znevýhodněných osob daleko vhodnější přístup nabízí individuální pojetí normality, kdy je veškeré posuzování a hodnocení kvalit a výkonů člověka vztahováno pouze k jeho vlastním předpokladům a možnostem. I statisticky průměrný výkon (ve srovnání s nepostiženými vrstevníky) pak může být právem hodnocen někdy dokonce jako vynikající a mimořádný.”*<sup>3</sup> Většina společensky vytvářených norem však nemá absolutní platnost a jejich pojetí se mění. Normy postoje nepostižených vůči postiženým se tak neustále vyvíjí.

## 1.2 Základní terminologie

Stejně tak jako přístup k handicapovaným se vyvíjí i terminologie s touto problematikou spojená. Od mnoha termínů se postupem doby upustilo, zejména z důvodu jejich pejorativnosti a stále více aktuální problematiky politické korektnosti. V současnosti používáme pro označení osob s nějakým defektem více termínů: člověk znevýhodněný, postižený, s postižením, handicapovaný, se speciálními vzdělávacími a výchovnými potřebami, člověk se speciálními potřebami, člověk výjimečný aj. Terminologie stále není jednotná, ustálená, a tak se můžeme v různých publikacích i v praxi setkat s různými pojmy. Je to mimo jiné podmíněno různým chápáním a označením jedinců z hlediska jednotlivých rezortů – sociálního, zdravotnického, školského atp.

Poruchou (někdy se můžeme setkat též s pojmem defekt, od kterého se však už také upouští z výše uvedených důvodů) rozumíme jakoukoli ztrátu nebo abnormalitu v psychologické, fyziologické nebo anatomické struktuře nebo funkci. Handicap neboli znevýhodnění lze vymezit jako nepříznivý stav nebo situaci pro daného člověka, vyplývající z poruchy, který jedinci ztěžuje dosahování běžných společenských cílů, omezuje příležitosti účastnit se života společnosti na stejné úrovni jako ostatní.

---

<sup>2</sup> Srov. SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 23 s. ISBN 978-80-247-1733-3.

<sup>3</sup> SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 24 s. ISBN 978-80-247-1733-3.

Člověk „zdravotně postižený“, jakožto termín, se kterým se v poslední době v odborné literatuře setkáváme, často nezahrnuje jedince s mentální retardací, jelikož z medicínského hlediska se mentální retardace zdravotním postižením nechápe. Co se tedy týče mentálních postižení dříve používané termíny jako např. slabomyslnost, mentální či duševní zaostalost, imbecilita, idiocie nebo debilita se z analogických důvodů už více méně nevyskytují. Někdy se dokonce nedoporučuje používat ani termíny mentálně postižený (retardovaný) člověk, jelikož to může být považováno za neetické. Doporučuje se používat termínu člověk s mentálním postižením (retardací), čímž se zdůrazňuje nejprve pojem člověk a mentální retardace až posléze, jako jedna z mnoha osobnostních rysů. Pojmy mentální postižení a mentální retardace, které jsou v současnosti nejčastěji užívanými termíny pro označení snížení rozumových schopností, jsou často považovány za synonyma, nicméně někteří autoři považují mentální postižení za širší, neboť do něj zařazují osoby s IQ nižším než 85 na rozdíl od mentální retardace, kam řadí osoby s IQ pod 70. Tato práce se přiklání k první variantě a termíny mentální retardace a mentální postižení jsou zde užívány jako synonyma.

### **1.3 Postižení a právo**

Náš právní systém bohužel neuvádí žádnou ucelenou definici, který by stanovila, koho považovat za handicapovaného. V naší republice neexistuje právní norma, která by komplexně upravovala postavení občanů se znevýhodněním. Zmínky o nich jsou roztroušeny v mnoha právních odvětvích – v právu ústavním, pracovním, sociálního zabezpečení, správním, občanském, rodinném atd.

Neexistence „zákona o zdravotně postižených“, jehož potřebnost je zpochybňována názorem, že přijetí takovéto normy by znamenalo jistou formu segregace či diskriminace této skupiny občanů, nemění nic na tom, že na lidi s postižením se vztahují veškerá lidská práva jako na všechny ostatní lidské bytosti. Na děti a mládež s postižením se vztahuje v plné míře také Úmluva o právech dítěte. Práva postižených upravují potom další dokumenty, jako jsou Deklarace práv mentálně postižených osob (1971), Evropská konvence o prevenci týrání a nelidského nebo ponižujícího zacházení nebo trestání (1987) či Standardní pravidla pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením (1993).

#### **1.3.1 Deklarace práv mentálně postižených osob**

Organizace spojených národů (OSN) se od samého počátku svého působení snaží zlepšovat postavení osob s postižením a zvyšovat kvalitu jejich života. Zájem OSN o blaho těchto lidí vychází ze základních zásad organizace, které jsou založeny na respektování

lidských práv, základních svobod a rovnosti všech lidí. Pojmu lidská práva pro osoby s postižením se začíná dostávat mezinárodního uznání v 70. letech. Deklarací práv mentálně postižených osob (1971), díky které došlo ke značnému urychlení integrace postižených do společnosti, zavedlo Valné shromáždění normy pro rovnocennou péči o tyto osoby a jejich rovnocenný přístup ke službám.<sup>4</sup> Současně také žádá národní a mezinárodní organizace, aby zabezpečily, že tato deklarace bude sloužit na ochranu těchto práv:<sup>5</sup>

- Mentálně postižený by měl mít v nejvyšší možné míře stejná práva jako ostatní lidské bytosti.
- Mentálně postižený má právo na řádnou zdravotní péči a fyzikální terapii, na takové vzdělání, výchovu, rehabilitaci a vedení, které mu umožní rozvinout v maximální možné míře jeho možnosti a schopnosti.
- Mentálně postižený má právo na ekonomické zabezpečení a slušnou životní úroveň. Má právo vykonávat produktivní práci nebo se zabývat jinou smysluplnou činností v největší možné míře jeho schopností.
- Pokud je to možné, měl by mentálně postižený žít v kruhu své vlastní rodiny nebo v rodině opatrovníka a účastnit se nejrůznějších forem společenského života. Rodině, se kterou žije, by měla být poskytována pomoc. Je-li nezbytná péče ve specializované instituci, měla by být poskytována v takovém prostředí a za takových okolností, aby se co nejvíce přibližovala péči v normálním životě.
- Mentálně postižený má právo na kvalifikovaného opatrovníka, pokud to vyžaduje ochrana jeho blaha a zájmů.
- Mentálně postižený má právo na ochranu před jakýmkoli vykořisťováním, zneužíváním nebo ponižujícím zacházením. Je-li předmětem soudního stíhání pro nějaký trestný čin, má mít právo na řádný soudní proces s plným uznáním jeho stupně odpovědnosti, který vyplývá z jeho mentálního stavu.
- Kdykoli nejsou mentálně postižení v důsledku vážnosti svého postižení schopni účinně využívat svých práv nebo je nezbytné omezit nebo odepřít kterákoli z těchto práv, pak musí postup používaný za účelem omezení nebo odepření těchto práv zákonně chránit postiženého proti jakékoli formě zneužití. Tento postup musí být

---

<sup>4</sup> Srov. *Boj proti diskriminaci – Osoby s postižením*. [online] Praha: Informační centrum OSN, 2005 - [3.3.2011]. Dostupné z WWW: <<http://www.osn.cz/lidska-prava/?kap=42&subkap=50>>.

<sup>5</sup> Srov. *Declaration on the Rights of Mentally Retarded Persons*. [online] Geneva: OHCHR, 1996-2011 [3.3.2011]. Dostupné z WWW: <<http://www2.ohchr.org/english/law/res2856.htm>>. (překlad vlastní)

založen na hodnocení sociální způsobilosti mentálně postiženého kvalifikovanými znalci a musí být předmětem pravidelných přezkoumání a práva na odvolání se k vyšším orgánům.

## 2 MENTÁLNÍ RETARDACE

### 2.1 Vymezení pojmu

Děti a dospělí s mentální retardací tvoří specifickou skupinu mezi zdravotně postiženými lidmi. Takto znevýhodnění občané představují mezi postiženými jednu z nejpočetnějších skupin a jejich počet u nás i ve světě stále stoupá.

Pojem mentální retardace vychází z latinských slov *mens* (mysl, duše) a *retardare* (opozdit, zpomalit), mohli bychom ho tedy doslovně překládat jako „opožďení mysli“. Ve skutečnosti se však jedná o mnohem složitější postižení, které nepostihuje pouze psychickou stránku člověka, ale celou jeho osobnost. Týká se tedy nejen narušení rozumových schopností, ale také komunikačních schopností, emocí, sociálních vztahů atp. Jak uvádí Josef Slowík, v současnosti je nejvíce rozšířená následující definice: *„Mentální retardace je pojem vztahující se k podprůměrnému obecně intelektuálnímu fungování osoby, které se stává zřejmým v průběhu vývoje a je spojeno s poruchami adaptačního chování. Poruchy adaptace jsou zřejmě z pomalého tempa dospívání, ze snížené schopnosti učit se a z nedostatečné sociální přizpůsobivosti.“*<sup>6</sup>

Podle období, ve kterém k mentálnímu postižení dochází, se rozlišuje oligofrenie, kdy mentální retardace je diagnostikována od narození jedince, jelikož vznikla v období prenatálním, perinatálním nebo časně postnatálním. Demencí se pak označují stavy, kdy došlo k úbytku již dosažené intelektuální úrovně a schopností, tedy k poškození mozku v průběhu života jedince, zpravidla se uvádí ve věku po druhém roce života. Za mentálně postižené nelze považovat osoby, u nichž došlo k zaostávání vývoje intelektu z jiných důvodů, než je poškození mozku, například děti výchovně zanedbané nebo lidé s emočními poruchami. Tyto stavy, které připomínají mentální retardaci, jsou někdy označovány za pseudooligofrenii. Mentální retardace je typická také trvalostí poruchy, ačkoli je často možné určité zlepšení.

Mentální postižení nebo mentální retardace je tedy trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku organického poškození mozku.

### 2.2 Etiologie

K mentálnímu postižení může vést celá řada příčin, které se mohou navzájem prolínat či podmiňovat. Obecně však může být způsobena příčinami endogenními – vnitřními, tedy

---

<sup>6</sup> SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 110 s. ISBN 978-80-247-1733-3.

příčinami genetickými, mezi které patří například různé anomálie chromozomů, a dále příčinami exogenními – vnějšími, pod vlivem exogenních faktorů, které působí na dítě v období před, během nebo bezprostředně po porodu a mezi které se řadí jako nejčastější příčiny následky infekcí a intoxikací, následky úrazů, fyzikálních vlivů, nezralost, různé nemoci, stavy způsobené jinými prenatálními vlivy atp.

## 2.3 Diagnostika

Diagnostika osob s mentálním postižením používá metod a nástrojů psychologie, pedagogiky a speciální pedagogiky, aby zjistila, jaká je současná úroveň jedince a směr, jakým by se měla ubírat následná intervence. „*Cílem diagnostiky není ‚zaškatulkovat‘ člověka s mentálním postižením, jejím cílem je najít oblast jeho individuálních specifických potřeb, tu se pokusit naplnit a tím mu umožnit důstojný život ve společnosti*“<sup>7</sup>. Na základě stanovené diagnózy lze poté volit optimální výchovné postupy, ovlivňovat podmínky života a výchovy dítěte a dosahovat postupných změn ve vývoji jedince. K diagnostice rozumových schopností se užívají inteligenční a další testy a metody, které se provádějí v pedagogických centrech a pedagogicko-psychologických poradnách. Depistáž osob s mentálním postižením provádějí speciálně pedagogická centra a střediska rané péče jak tomu stanovuje Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.

## 2.4 Klasifikace

Jak již bylo výše řečeno, mentální retardace představuje snížení úrovně rozumových schopností, které jsou v psychologii označovány jako inteligence. Představuje tedy výrazně sníženou úroveň inteligence. Při její klasifikaci se v současnosti užívá 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí zpracované Světovou zdravotnickou organizací, která vymezuje jednotlivé stupně mentálního postižení podle hodnot IQ do šesti základních kategorií: lehká mentální retardace, středně těžká mentální retardace, těžká mentální retardace, hluboká mentální retardace, jiná mentální retardace a nespecifikovaná mentální retardace.<sup>8</sup>

---

<sup>7</sup> ČERNÁ, M. *Česká psychopedie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008. 99 s. ISBN 978-80-246-1565-3.

<sup>8</sup> Srov. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2006. 33-36 s. ISBN 80-7367-060-7.

### **Lehká mentální retardace, IQ 50-69**

Úroveň inteligence tohoto typu mentálního postižení odpovídá mentálnímu věku 9-12 let. Uvádí se, že jedinci s takovýmto postižením většinou dosáhnou schopnosti užívat řeč v každodenním životě, udržovat konverzaci, většina z nich také dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči a v praktických domácích dovednostech, i když je vývoj proti normě mnohem pomalejší.

Potíže se u nich obvykle projeví při teoretické práci ve škole, mnozí postižení mají specifické problémy se psaním a se čtením. Lehce retardovaným dětem prospívá výchova a vzdělávání zaměřené na rozvíjení jejich dovedností a kompenzování nedostatků. Většinu jedinců na horní hranici lehké mentální retardace lze zaměstnat prací, která vyžaduje praktické schopnosti spíše než ty teoretické.

V sociokulturním kontextu nemusí retardace působit žádné vážnější problémy, i když některé se objevit mohou. Je-li postižený značně emočně a sociálně nezralý, mohou například nastat problémy s přizpůsobováním se kulturním normám nebo očekáváním atp.

U osob s lehkou mentální retardací se mohou též projevit i přidružené chorobné stavy, jako je například autismus, epilepsie, poruchy chování nebo tělesné postižení.

### **Středně těžká mentální retardace, IQ 35-49**

IQ této kategorie odpovídá mentálnímu věku 6-9 let. U jedinců do této skupiny zařazených je výrazně opožděn vývoj chápání a užívání řeči, podobně je opožděna a omezena schopnost sebeobsluhy a zručnost. Stejně tak pokroky ve škole jsou omezené, avšak si někteří žáci středně mentálně retardovaní vedení kvalifikovaným pedagogem osvojí základy čtení, psaní a počítání. Speciální vzdělávací programy mohou poskytnout postiženým příležitost k získání základních znalostí a dovedností a k rozvoji omezeného potenciálu.

Takto postižení dospělí jsou obvykle schopni vykonávat jednoduchou manuální práci za předpokladu, že úkoly jsou pečlivě strukturovány a je zajištěn odborný dohled. Zřídka kdy je možný úplný samostatný život, ačkoli bývají plně mobilní a prokazují schopnost komunikace a sociální interakce.

V této skupině jsou obvykle podstatné rozdíly mezi individuálními jedinci, někteří dosahují vyšší úroveň v dovednostech verbálních, jiní v senzoricko-motorických, stejně tak úroveň řeči je variabilní. U značné části středně mentálně retardovaných je přítomen autismus, tělesná postižení nebo neurologické poruchy.

### **Těžká mentální retardace, IQ 20-34**

Takto vysoké IQ odpovídá věku 3-6 let. Tato kategorie je podobná středně těžké mentální retardaci co se týče klinického obrazu a přidružených stavů, ale snížená úroveň schopností je v této skupině mnohem výraznější. Většina lidí z této kategorie navíc trpí značným stupněm poruchy motoriky nebo jinými vadami.

I když možnosti výchovy a vzdělávání těchto osob jsou značně omezené, zkušenosti ukazují, že včasná systematická a kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče přispívá k rozvoji rozumových schopností, komunikačních dovedností, motoriky, jejich samostatnosti a k celkovému zlepšení kvality života takto postižených.

### **Hluboká mentální retardace, IQ nižší než 20**

Dosažené IQ odpovídá mentálnímu věku pod 3 roky, z čehož vyplývá, že postižení jedinci jsou velmi omezeni ve své schopnosti porozumět požadavkům nebo jim vyhovět. Většina osob v této kategorii je výrazně omezená v pohybu až imobilní. Mají velice malou nebo žádnou schopnost pečovat o své základní potřeby a vyžadují stálou pomoc a dohled, možnosti jejich výchovy a vzdělávání jsou velice omezené. Postižení jsou přinejlepším schopni velmi jednoduché sociální interakce, většinou neverbální. Chápání a používání řeči je v lepším případě omezeno na zcela jednoduché požadavky. Lze dosáhnout nejzákladnějších zrakově prostorových orientačních dovedností a postižený člověk se může při vhodném vedení podílet malým dílem na praktických sebeobslužných úkonech.

Běžné jsou těžké neurologické nebo tělesné nedostatky, poškození smyslového vnímání a obzvláště častý je autismus.

### **Jiná mentální retardace**

Tato kategorie se používá, je-li stanovení stupně intelektového postižení pomocí obvyklých metod nesnadné nebo nemožné kvůli přidruženým onemocněním, např. u neslyšících, u jedinců s poruchami chování, osob s autismem či u těžce tělesně postižených osob.

### **Nespecifikovaná mentální retardace**

Užívá se v případech, kdy mentální retardace sice prokázána je, ale není možné zařadit pacienta do jedné z výše uvedených kategorií z důvodu nedostatku informací.



## 2.5 Psychické vlastnosti osob s mentálním postižením

Nutno říci, že nelze obecně charakterizovat psychickou strukturu mentálně postižených jedinců jako celé skupiny, každý z nich je totiž individualita se svými vlastními osobnostními rysy. Přesto se však u většiny z nich více či méně projevují určité společné znaky, které jsou závislé na druhu mentálního postižení, jeho hloubce a rozsahu.

### Lehká a středně těžká mentální retardace

Tento typ mentálního postižení se projevuje zejména:<sup>9</sup>

- zpomalenou chápavostí a jednoduchostí úsudků
- sníženou schopností až neschopností komparace a vyvozování logických vztahů
- omezenou slovní zásobou (problém s pochopením celkového kontextu)
- neobratností ve vyjadřování (jednoduchost vyjádření, nepřesná výslovnost)
- poruchami vizuomotoriky a pohybové koordinace
- impulsivností, hyperaktivitou nebo naopak zpomaleností chování
- citovou vzrušivostí, snížená schopnost sebeovládání (afektivní reakce, agresivní chování)
- tendence k okamžitému uspokojení nastalé potřeby
- nedostatečným rozvinutím volných vlastností a sebereflexe
- stereotypností a rigiditou v myšlení a chování (ulpívání na určitém způsobu řešení apod.)
- nedostatky ve vývoji „já“ (chybí sebekritičnost, sebehodnocení je závislé na názorech druhých lidí)
- zvýšenou potřebou uspokojení a bezpečí (potřeba trvalého citového vztahu s blízkým člověkem, stabilního prostředí, v němž postižený člověk žije)
- poruchami v komunikaci a skupinových vztazích
- sníženou přizpůsobivostí k sociálním požadavkům
- omezenou schopností učení (nedostatečná schopnost koncentrace pozornosti, problém s porozuměním) - učení je zejména mechanické (asociační)

### Těžká a hluboká mentální retardace

Vzhledem k omezení všech schopností takto postižených jedinců a zejména vzhledem k jejich malé schopnosti komunikovat a vyjádřit tak vlastní pocity a potřeby je velmi

---

<sup>9</sup> Srov. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2006. 41 s. ISBN 80-7367-060-7.

nesnadné psychické zvláštnosti diagnostikovat. Avšak rodiče, zdravotničtí pracovníci, vychovatelé či učitelé, kteří s konkrétními postiženými pracují či žijí jsou schopni tyto individuální rozdílnosti vnímat a charakterizovat je.

## **2.6 Charakteristika vybraných syndromů**

Velmi často se vyskytují případy, kdy je mentální postižení spojeno s dalšími vadami či poruchami, například tělesnými nebo smyslovými. Někdy jsou kombinace vad řekněme náhodné, jedinec trpí například středně těžkou mentální retardací a k tomu je nevidomý. Jindy se ovšem jedná o jakýsi soubor příznaků, charakterizující nějaké konkrétní onemocnění. Potom hovoříme o syndromu.

### **2.6.1 Downův syndrom**

Downův syndrom (dále také DS) je pojmenován podle lékaře Johna Langdona Downa, který tuto chorobu popsal v druhé polovině 19 století. Downův syndrom, označovaný také jako Downova nemoc (morbus Downi), dříve též mongolismus, je nejrozšířenější ze všech dosud známých forem mentální retardace. Švarcová ve své publikaci *Mentální retardace* uvádí, že se jedná až „*okolo 10% všech lidí s mentálním postižením.*“<sup>10</sup> Jednoznačně se také jedná o nejčastější a nejznámější onemocnění vzniklé chromozomální chybou. Lidé s DS dostali od přírody zvláštní nadílku: každá buňka jejich těla obsahuje jeden chromozóm navíc. Místo obvyklých 46 chromozómů, uspořádaných ve 23 párech, jich mají 47, tedy 22 párů a jednu trojici. Tento druh onemocnění je neléčitelný.

### **Příčiny a prevence vzniku Downova syndromu**

Proč k takovému jevu jako je Downův syndrom dochází se dodnes nepodařilo uspokojivě objasnit. Současné znalosti potvrzují, že k chybnému okopírování genetického materiálu dochází náhodně, není to způsobeno ničím, co rodiče před a v průběhu těhotenství udělali nebo naopak neudělali. Dokonce ani takové věci jako je zdravotní stav matky, kvalita její stravy či užívání alkoholu, nikotinu nebo drog, které mohou způsobit různá jiná závažná poškození plodu, nebyly prokázány, že by měly souvislost se vznikem tohoto syndromu. Určitá souvislost se ovšem našla mezi četností výskytu DS a věkem rodičů - matky po 35 roku a otcové starší 50 let jsou narozením dítěte s DS víc ohroženi než rodiče mladší. Také je

---

<sup>10</sup> ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2006. 140 s. ISBN 80-7367-060-7.

známo, že DS se vyskytuje rovnoměrně u obou pohlaví, u všech lidských ras, etnických skupin, sociálněekonomických tříd a národností. Důležité je také podotknout, že Downův syndrom není dědičným postižením.

Stejně jako není známa přesná příčina DS, neexistuje v současné době žádná spolehlivá metoda, která by výskytu tohoto syndromu zabránila. Jedinou možnou prevencí proti porození dítěte s chorobou Downovým syndromem je včasná diagnostika, která se provádí v době těhotenství. Jedná se o vyhledávací testy u těhotných žen, které ukážou, zda existuje zvýšená možnost narození dítěte s DS. Pro potvrzení nebo vyloučení této možnosti může těhotná žena podstoupit amniocentézu, tj. vyšetření založené na odběru plodové vody, nebo jiná diagnostická vyšetření, kde lze potvrdit či vyloučit přítomnost chromozomální odchylky. Pokud je v případě vyšetření výsledek pozitivní, rodiče se mohou rozhodnout, zda si přejí narození postiženého dítěte nebo těhotenství předčasně ukončí.

### **Projevy Downova syndromu**

Downův syndrom je lidským okem velmi dobře rozpoznatelný, vedle projevů mentální retardace středního až těžkého stupně, rozpoznáváme typický výraz tváře a jednotlivé charakteristické rysy dalších částí těla. Ačkoli po svých rodičích získávají tyto děti podobnost co se týče stavby těla, barvy vlasů či očí, mají díky své genetické výbavě, ve které mají ztrojený 21. chromozom, některé rysy, které je právě od jejich rodičů či sourozenců odlišují a které jsou pro všechny jedince s DS typické. Hlava těchto dětí je ve srovnání s ostatními menší, zpravidla vzadu plošší, což způsobuje její kulatý vzhled. Oči mají úzká víčka, zdají se být šikmé (odtud dřívější pojmenování „mongolismus“), nos je malý, stejně tak jako uši a ústa. Někteří jedinci mají často ústa otevřená s vyčnívajícím jazykem mezi rty. Dalším typickým znakem je širší, kratší, mohutný krk. Tvar hrudníku je atypický, prsní kost může být vpáčena nebo naopak může vyčnívat. Břišní svaly bývají ve většině případů oslabené, díky čemuž vyčnívá střed břicha. Zhruba 90 % dětí s Downovým syndromem trpí malou pupečnickovou kýlou, která se spontánně uzavře s růstem dítěte. Tvar horních i dolních končetin je ve většině případů naprosto normální, typickým znakem je jejich mohutnost a kratší délka.<sup>11</sup> Děti s DS také rostou pomaleji než jejich vrstevníci, časté jsou také problémy se srdcem nebo se zrakem, někdy též se sluchem.

Tyto specifické rysy nejsou ovšem nutně přítomny u všech postižených Downovým syndromem a nejsou ani vyjádřeny ve stejné míře.

---

<sup>11</sup> Srov. *Typické znaky Downova syndromu* [on-line]. Downův syndrom. 2009- [5.3.2011]. Dostupné z WWW: <<http://www.downuvsyndrom.cz/typicke-znaky-downova-syndromu/>>

## **Rozumové schopnosti a vlastnosti lidí s Downovým syndromem**

Stejně jako bylo uvedeno výše, nelze s jistotou říci, jaká je úroveň rozumových schopností všech lidí s DS. Opět se to liší individualitou každého postiženého. U každého však byla prokázána přítomnost mentální retardace, která je ovšem odlišně hluboká a má rozmanitá specifika. U některých jedinců byl dokonce naměřen intelekt nepříliš se vzdalující normě, naopak u některých se pohybuje v pásmu hluboké mentální retardace. Nicméně odborníci se shodují, že průměrná hodnota IQ odpovídá přibližně úrovni střední mentální retardace.

Tito jedinci navazují celkem snadno sociální kontakt, méně snadno se však adaptují na nové situace a na cizí prostředí. Jejich pozornost bývá většinou omezená, spíše mají tendenci nechat se vyrušit jakýmkoli podnětem. V myšlení jim chybí schopnost abstrakce, vyjadřovací schopnosti bývají omezeny. Lidé postižení tímto syndromem mívají většinou dobrou náladu, jsou často až euforičtí. Bývají egocentričtí, avšak ochotní ke spolupráci.

Ranná péče o děti s Downovým syndromem pozitivně ovlivňuje jejich vývoj, u novorozenců se může využít jejich vrozený potenciál, čím se dosáhne do budoucna mnohem lepších výsledků. Sociální schopnosti těchto dětí jsou poměrně vysoké, velmi dobře jednají s ostatními lidmi, snaží se dodržovat základní naučená a osvojená pravidla, i když se zcela nedokáží přizpůsobit novým situacím nebo výrazným změnám.

### **2.6.2 Dětská mozková obrna**

Dětská mozková obrna (dále též DMO) je porucha hybnosti na podkladě poškození mozku, které si rodiče všimnou, až když se pohybový vývoj dítěte začne opožďovat. Bývá to po prvním půlroce života. Není to choroba dědičná ani nakažlivá. Nemá nic společného s dětskou obrnou - poliomyelitidou, která je infekční, virového původu a u nás již byla vymýcena. Označení „dětská“ vyjadřuje období, kdy nemoc vzniká, pojem „mozková“ vyjadřuje skutečnost, že příčina poruchy je v mozku, pojem „obrna“ vyjadřuje, že jde o nemoc způsobující poruchu hybnosti těla. Příčinou špatné kontroly hybnosti a vadné držení trupu a končetin je u DMO porucha vývoje nebo poškození motorických oblastí mozku. DMO není nakažlivá ani dědičná. Přes veškerý výzkum však není toto onemocnění vyléčitelné, ani neexistuje jeho spolehlivá prevence. Současná medicína přesto nabízí nemocným s DMO

pomoc alespoň částečným mírněním některých projevů nemoci vedoucím ke zlepšení jejich kvality života.<sup>12</sup>

### **Příčiny a prevence vzniku dětské mozkové obrny**

DMO ve své podstatě není jediná nemoc s jedinou příčinou. Je to skupina onemocnění která jsou si příbuzná, ale jejichž příčiny jsou různé. Obecně se však příčiny dělí na získané a vrozené.

Získaná DMO vzniká po narození dítěte: je následkem poškození mozku v několika prvních měsících a letech života. Příčinou poškození mozku je často mozková infekce (např. zánět mozkových blan) nebo též poranění mozku při porodu, následkem pádu, dopravní nehody nebo týrání dítěte.

Vrozená DMO je přítomna již v okamžiku narození, ačkoli nemusí být rozpoznána i po několika měsících po porodu. Většinou se příčinu vrozené DMO nepodaří zjistit, výzkum však přinesl poznatky nasvědčující tomu, že se může jednat o příhody v průběhu těhotenství a během porodu, například infekce během těhotenství, nedostatek kyslíku v mozku nebo poranění hlavy při porodu, cévní mozkové příhody apod.

Prevencí se potom vzhledem k příčinám DMO rozumí hlavně předcházení vzniku situací, které by mohly vést ke vzniku tohoto onemocnění.

### **Projevy dětské mozkové obrny**

Časné příznaky DMO se projeví zpravidla před třetím rokem věku a bývají to většinou rodiče, kteří první pojmu podezření, že se jejich dítě v pohybových dovednostech nevyvíjí normálně. Děti s DMO se velmi často opoždějí v dosahování normálních vývojových stupňů, jako je přetáčení, sezení, lezení, smích nebo stoj a chůze (bývá to označováno jako vývojové opoždění). Některé postižené děti mají abnormální svalový tonus (napětí). Nemocné děti mohou mít neobvyklé postavení těla nebo zřetelně upřednostňují jednu polovinu svého těla.

Později se nemoc projevuje podle konkrétní formy, kterou jedinec trpí. Jedná se o formu spastickou: svaly v postižených partiích těla jsou ztuhlé a trvale stažené (spastické), většinou jsou postiženy končetiny, např. při postižení obou dolních končetin se tyto končetiny mohou vtáčet dovnitř a při chůzi se kříží kolena přes sebe kvůli čemuž je chůze nemocného nemotorná, končetiny jsou toporné a kolena se dotýkají (tento charakteristický obraz chůze je popisován jako „nůžkovitá chůze“). Dyskinetická forma DMO je typická mimovolnými

---

<sup>12</sup> Srov. ŽIVNÝ, B. *Dětská mozková obrna*. [online] Praha: DMO klinika, 2005 – [17.3.2011]. Dostupné z WWW: <[http://neurocentrum.cz/DMO\\_info.htm#DMO](http://neurocentrum.cz/DMO_info.htm#DMO)>.

pomalými kroutivými pohyby, které postihují obvykle ruce, nohy, případně celé horní nebo dolní končetiny, někdy je postiženo svalstvo tváře nebo jazyka, což vede ke grimasování, mlaskání apod. Ataktická forma je vzácná a postihuje především vnímání rovnováhy, postižení mají často špatnou pohybovou koordinaci, jejich chůze je nestabilní, připomíná opileckou chůzi. Také je časté, že se formy DMO různě kombinují a vznikají tak smíšené formy DMO.

### **Postižení doprovázející dětskou mozkovou obrnu**

Mnoho nemocných s projevy DMO nemá žádná další přidružená onemocnění či postižení. Ovšem vzhledem k tomu, že se jedná o poškození mozku mohou jeho poruchy způsobovat například epileptické záchvaty, nepříznivě ovlivňovat růst, zrak, sluch, aktivitu a chování jedince, jeho reakce na okolní podněty a také jeho intelektuální vývoj.

Co se týče mentálního postižení, přibližně jedna třetina dětí s DMO má jen lehký mentální deficit, jedna třetina je středně až těžce mentálně postižená a jedna třetina dětí je intelektuálně zcela normální. Mentální postižení je nejčastější mezi dětmi se spastickou formou DMO, míra hybné poruchy je zde totiž nejtěžší, což souvisí s poškozením i jiných částí mozku.

### **2.6.3 Autismus**

Autismus<sup>13</sup> bývá často přiřazován k mentálnímu postižení člověka. To je ovšem oprávněné jen částečně, jelikož to, že je člověk uzavřený do sebe, do svého světa, a tudíž komunikuje ojedinělým způsobem, nemusí být dáno jen intelektovým deficitem. Není tedy primárně spojen se snížením inteligence, přesto je asi u 80% autistických jedinců jistá úroveň mentální retardace diagnostikována. Čím má potom jedinec vyšší inteligenci, tím lepší je prognóza zmírnění autistických příznaků.

Autismus (z řeckého *autos* = sám) je vývojová porucha, kdy dochází zejména k těžkému postižení v oblasti komunikace, sociálního chování a vnímání. Je to „*chorobná zaměřenost k vlastní osobě s poruchou kontaktu s vnějším světem a se stereotypně se opakujícím repertoárem zájmů a aktivit. Autismus je celoživotní postižení, při němž člověk ztrácí schopnost najít a pochopit smysl našeho světa.*“<sup>14</sup>

---

<sup>13</sup> Srov. KREMLÍČKOVÁ, M., NOVOTNÁ, M. *Kapitoly ze speciální pedagogiky pro učitele*. 1. vyd. Praha: SPN, 1997. 41 – 42 s. ISBN 80-95937-60-3.

<sup>14</sup> KREMLÍČKOVÁ, M., NOVOTNÁ, M. *Kapitoly ze speciální pedagogiky pro učitele*. 1. vyd. Praha: SPN, 1997. 41 s. ISBN 80-95937-60-3.

## **Příčiny a prevence autismu**

Příčiny vzniku tohoto postižení nejsou dosud objasněny, ale předpokládá se, že se na nich podílí mnoho faktorů endogenních a exogenních, ať již v období před, během či po porodu. Mohou to tedy být různá infekční onemocnění, metabolické poruchy, genetické poruchy, užívání návykových látek během těhotenství atp. Moderní teorie tvrdí, že autismus vzniká až při kombinaci několika těchto faktorů.

Prevenčí se tedy opět bude rozumět zejména vyhýbání se jakýmkoli pravděpodobným příčinám vzniku autismu.

## **Příznaky autismu**

Autismus je syndrom, který se diagnostikuje na základě projevů chování. Projevuje se již od raného věku (do 36 měsíců), ale diagnostikován je až později, tak mezi třetím a čtvrtým rokem života. Porucha určitých mozkových funkcí způsobí, že dítě nedokáže správným způsobem vyhodnocovat informace, lidé s autismem mají pak výrazné potíže ve vývoji řeči a ve vztazích s lidmi a obtížně zvládají běžné sociální dovednosti. Mezi znaky autistického chování lze řadit například: opožděný vývoj jazyka, neschopnost navazovat kontakt s ostatními lidmi, netečnost k projevům ostatních lidí, nereagování na pokyny, odmítání spolupráce, odmítání změny v navyké rutině a úzkost ze změny, obtíže ve verbální i neverbální komunikaci, odmítání tělesného kontaktu, smích nebo záchvaty zuřivosti bez jakýchkoli příčin, tělesný neklid spojený se zvláštními pohyby, neschopnost představitosti a improvizace, vyhýbání se očnímu kontaktu, celková uzavřenost a samotářství, denní snění, uzavírání se do vlastního světa apod.

## **Postižení doprovázející autismus**

Autismus může být kombinován s jinými poruchami psychickými i fyzickými – mentální retardace, epilepsie, smyslové poruchy atd. Často se přidružuje problematické chování různé intenzity. Někteří lidé s autismem mají pouze mírné problémy (např. nemají rádi změny), u jiných lze pozorovat agresivní či sebezraňující chování. Často se s autismem pojí hyperaktivita, porucha soustředěnosti nebo výrazná pasivita.

### 3 VÝCHOVA A VZDĚLÁVÁNÍ MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH

Mentální postižení se projevuje, jak již bylo řečeno, mimo jiné snížením rozumových schopností. A právě to by se mohlo stát příčinou předsudku, že vzdělávání osob s mentálním postižením nemá žádný smysl či není efektivní. To však není v určitém smyslu pravda. Právě díky snížené úrovni rozumových schopností se člověk s mentální retardací musí velmi usilovně učit i takové věci, které se ostatní naučí zcela přirozeně, a právě proto hraje výchova a vzdělávání významnou roli. Jedná se v případě mentálně postižených o celoživotní proces, který se neobejde bez velmi náročného pedagogického vedení jak ze strany pedagogů tak i rodičů.

Problematikou výchovy a vzdělávání postižených se zabývá obor speciální pedagogika, která je v současnosti jednou z velmi významných pedagogických disciplín. „*Speciální pedagogika je disciplína orientovaná na výchovu, vzdělávání a celkový osobnostní rozvoj znevýhodněného člověka s cílem dosáhnout co možná nejvyšší míry jeho sociální integrace, a to včetně pracovních a společenských možností a uplatnění.*“<sup>15</sup> Tento obor se dále dělí na dílčí disciplíny podle druhů postižení, kterými lidé trpí. Výchovou a vzděláváním mentálně postižených lidí se zabývá právě jedna z těchto disciplín – psychopedie.

#### 3.1 Psychopedie

Název tohoto oboru je složen z řeckých slov *psyché* (duše) a *paidea* (výchova). Psychopedie je speciální pedagogickou disciplínou, která se zabývá problematikou rozvoje, výchovy a vzdělávání osob mentálně postižených. Cílem psychopedie je dosažení maximálního stupně rozvoje osobnosti mentálně retardovaných a jejich integrace do společnosti.<sup>16</sup> Tento obor vznikl v 60. letech minulého století a dále úzce spolupracuje s dalšími vědami, jako je pedagogika, psychologie, sociologie či medicína. Její pozornost je zaměřena nejen na rozvoj, výchovu a vzdělávání mentálně postiženého člověka, ale také na jednotlivé terapeutické a formativní postupy, které lze při práci s těmito lidmi využít, na diagnostiku a poradenství, na práci psychopeda, pedagogicko-psychologických poraden, středisek podpory integrace, asistenčních služeb apod.

---

<sup>15</sup> SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 15 s. ISBN 978-80-247-1733-3.

<sup>16</sup> Srov. PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 1. vyd. Brno: Paido, 1998. 170 s. ISBN 80-85931-65-6.



### **3.1.1 Výchova a vzdělávání mentálně postižených**

Ačkoli pojmy člověk „nevzdělatelný“ či „nevychovatelný“ z naší legislativy i ze slovníku speciální pedagogiky vymizely, stále se někdy setkáváme s přesvědčením, že někteří mentálně postižení, zvláště ti s hlubokými formami mentálního postižení, právě pod tuto „nálepku“ patří. Pokud bychom ovšem kohokoli do podobné kategorie zařadili, porušili bychom jeho právo na vzdělávání, které se týká každého člověka, bez jakýchkoli rozdílů. Otázka míry vzdělavatelnosti osob s těžkou mentální retardací však stále není vyřešena, ale předpokládá se alespoň nějaká možnost rozvíjet takto postiženého člověka.

Proces vzdělávání mentálně postižených, ať již se jedná o jakoukoli intenzitu postižení, probíhá jinak než běžným způsobem – vyžaduje speciální metody a musí být podřízena rozumovým zvláštnostem jednotlivých mentálně postižených. Snížená schopnost učit se bývá jako jeden z charakteristických příznaků mentálního postižení často doprovázena i výrazně nižší kapacitou paměti a současně velmi intenzivním procesem zapomínání. Z tohoto důvodu je velmi důležité nabyté vědomosti a dovednosti stále opakovat a udržovat v průběhu celého života. Snížená je také motivace k učení, často je třeba využívat specifických odměn v podobě sladkostí apod.

Základy výchovy spočívají jako u ostatních vrstevníků v rodině. Avšak výchova mentálně postiženého dítěte je mnohem obtížnější a náročnější na pedagogické dovednosti, čas a trpělivost rodičů. Problémem se stává to, že výsledky práce s mentálně postiženým nastupují velice pomalu, někdy nejsou téměř rozeznatelné, a tak může rodič velmi lehce propadnout pocitům neúspěšnosti či beznaděje. Každá dovednost vyžaduje dlouhodobý, trpělivý nácvik a někteří rodiče tak potřebují často podporu svého okolí nebo odbornou konzultaci, kterou může najít například v různých rodičovských organizacích a sdruženích, pedagogicko-psychologických poradnách či ve speciálně-pedagogických centrech pro děti, mládež a dospělé s mentálním postižením.

Jak už bylo řečeno, vzdělávání a výchova mentálně postižených je celoživotní proces. Proto na něj můžeme nahlížet také z hlediska věku jedince.

#### **3.1.1.1 Výchova a vzdělávání mentálně postižených dětí**

S přijetím nového školského zákona v roce 2005 se stala legislativně samozřejmostí možnost vzdělávání žáků s mentálním postižením v běžných třídách. Možnost integrace žáků do běžných škol je ovšem možná či efektivní pouze v případech lehkého až středního postižení a ne všechny školy jsou na tuto variantu připraveny jak personálně, tak co se týče

vybavení. Proto jsou dostupné alternativy a postižení žáci se tak mohou vzdělávat ve speciálních mateřských školách, základních školách praktických (žáci s lehkým a středním stupněm postižení), základních školách speciálních (žáci s těžkou mentální retardací či kombinovanými vadami), rehabilitačních třídách (jedinci s hlubokou mentální retardací), odděleních denních a týdenních stacionářů nebo též individuální formou výuky v domácím prostředí.<sup>17</sup>

### **3.1.1.2 *Výchova a vzdělávání mládeže a dospělých osob s mentálním postižením***

Různé aktivity podporující rozvoj a vzdělávání mládeže a dospělých s mentální retardací jsou u nás téměř výhradně závislé na občanské svépomoci, tedy především na činnosti nestátních neziskových organizací. Nejznámější z nich je Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice, která je celostátní neziskovou organizací působící na národní, regionální a lokální úrovni.

Zajistit výchovu a vzdělávání lidem, kteří již překročili věkovou hranici umožňující vzdělávat se v systému škol, je velmi pozitivním aspektem edukace mentálně postižených. Souvisí to právě se zmíněnou povahou jejich handicapu – jak již bylo řečeno, mentální postižení provází rychlejší zapomínání nabytých znalostí a zkušeností, takže je velmi žádoucí udržovat či dokonce zvyšovat standard dovedností a vědomostí. Mimoto potřebuje mentálně postižený člověk při obnovování a získávání nových zkušeností často intenzivní podporu a pomoc. Tu může v současnosti vedle ústavů sociální péče najít ve velkém množství dalších sociálních služeb, které se zabývají právě problematikou mentálního postižení a jiných vad. Mezi takovéto alternativy řadíme například různá občanská sdružení, nadace, církve či soukromé speciální školy. Pro mentálně postižené vznikají stacionáře, chráněné dílny, chráněná bydlení či různé druhy komunitní péče.

### **Komunitní péče**

Existují určitá komunitní bydlení či organizace, které pečují o lidi s mentálním postižením a kde lidé s tímto postižením žijí vedle lidí zdravých. Právě tito zdraví lidé pomáhají postiženým vyrovnávat jejich handicap a umožňují jim život v přirozeném lidském společenství. Je tedy jedním ze způsobů, jak se lze vyhnout sociální izolaci, která se velmi často týká právě osob s mentálním postižením. Můžeme ji určitým způsobem přirovnat

---

<sup>17</sup> Srov. SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 116 s. ISBN 978-80-247-1733-3.

k rodinné péči. Členové komunity vedou normální život se vším, co k němu patří – chodí do práce, tráví spolu volný čas, nakupují, bydlí atd.

### **Chráněná bydlení**

Chráněné bydlení je jednou ze zákonem vymezených sociálních služeb, která má formu individuálního nebo skupinového bydlení. Jedná se tedy o dlouhodobou pobytovou službu, poskytovanou osobám se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pomoc druhé osoby. Osobě v chráněném bydlení se podle potřeby poskytuje pomoc osobního asistenta. Zahrnuje v sobě poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací, aktivizační a terapeutické činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv a zájmů.<sup>18</sup>

### **Chráněné dílny**

Mentálně postižení jsou znevýhodněni na trhu práce díky nízké kvalifikaci a nedostatečnému rozvoji schopností a dovedností. Chráněné dílny jsou typem zaměstnání, který je určen pro osoby s těžším zdravotním postižením, pro které je nepravděpodobné najít zaměstnání právě v důsledku jejich postižení. Takováto pracoviště jsou vymezena na základě dohody s úřadem práce a jsou speciálně přizpůsobeny pro zaměstnávání osob se zdravotním postižením.

Chráněné dílny nejsou příliš zajímavé z pohledu ekonomického (pracují tam nízko kvalifikovaní pracovníci, nemusí vykazovat zisk, jsou státem dotované), ale mají velmi důležitý význam pro postižené osoby, které zde pracují, jelikož napomáhají k jejich seberealizaci, snižují jejich sociální izolaci, posilují jejich sebedůvěru a samostatnost a poskytují jejich pracovní uplatnění.

### **Denní stacionáře**

Ačkoli podobná zařízení existovala již dříve, zákonně byla vymezena až *zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách*, kde jsou v §46 stacionáře vymezeny takto: „V denních stacionářích se poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním,

---

<sup>18</sup> Srov. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách*. [online] Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, [16.2.2011]. Dostupné z WWW: <[http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108\\_2006\\_Sb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf)>.

*jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.*“<sup>19</sup> Zákon nám tedy sděluje, že stacionáře jsou zařízení, určená pro osoby se zdravotním znevýhodněním, mentálně nebo tělesně postižené a také osoby s kombinovanými vadami. Co se týče věkových skupin, mohou být určena pro znevýhodněné děti, mládež, dospělé i seniory. Většinou se jedná o osoby, které právě díky svému handicapu nemohou žít zcela samostatně.

Stacionáře mohou mít podobu denního pobytu, většinou od rána do odpoledních hodin, nebo pobytu týdenního, kdy stacionář svým klientům poskytuje též ubytování. Zřizovatelem jsou většinou církve, města, kraje, soukromé osoby nebo občanská sdružení. Služby stacionáře musí dle zákona obsahovat činnosti, mezi které patří pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo též poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.<sup>20</sup> Dalo by se tedy shrnout, že stacionáře poskytují svým klientům sociální, zdravotnické, terapeutické, rehabilitační a výchovně vzdělávací služby, zájmovou činnost a volnočasové aktivity a také zprostředkovávají znevýhodněným kontakt se společenským prostředím a usilují o jejich soběstačnost.

Cílem těchto zařízení je všestranný rozvoj klienta jak po stránce rozumové, tak i tělesné v rámci jeho možností a schopností, zlepšení soběstačnosti klienta při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, zmírnění důsledků postižení či dokonce jejich eliminace, seberealizace postiženého a také podpora jeho začlenění do společnosti. Obsah činností stacionářů potom závisí na potřebách a schopnostech klientů a také na možnostech konkrétního zařízení.

Co se týče úhrady služeb ve stacionářích, spadají podle §75 zákona o sociálních službách denní stacionáře mezi taková zařízení sociálních služeb, u kterých si pobyt v nich a služby v nich poskytované hradí lidé sami, a to v rozsahu stanoveném smlouvou, přičemž maximální výše poplatku je stanovena prováděcím právním předpisem. Výjimky od této úhrady osvobozené jsou uvedené též v tomto paragrafu zákona a to v odstavci 2.<sup>21</sup>

---

<sup>19</sup> Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. [online] Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, [16.2.2011]. Dostupné z WWW: <[http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108\\_2006\\_Sb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf)>.

<sup>20</sup> Srov. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. [online] Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, [16.2.2011]. Dostupné z WWW: <[http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108\\_2006\\_Sb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf)>.

<sup>21</sup> Srov. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. [online] Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, [16.2.2011]. Dostupné z WWW: <[http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108\\_2006\\_Sb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf)>.

### 3.1.2 Psychopedické metody

Metodami speciální pedagogiky platící pro všechny disciplíny speciální pedagogiky (tedy i psychopedie) rozumíme takové metody, které se zaměřují na příčiny poruchy nebo ty, které se snaží odstranit důsledky. Do první zmiňované skupiny patří metoda reedukace a kompenzace a do druhé pak metoda rehabilitace.

Metoda reedukace je souhrnem všech speciálně-pedagogických postupů zaměřených na postiženou funkci a zlepšování její činnosti, tedy rozvíjí se ta funkce, která byla omezená nebo snižovaná. Tato metoda se může zaměřovat na pouze na rozvoj postižené funkce bez využití jiných funkcí nebo se naopak může využít funkcí zdravých jako pomocných činitelů.

Metoda kompenzace zahrnuje speciálně-pedagogické postupy, kterými se zlepšují a zdokonalují jiné než postižené funkce.

Metoda rehabilitace upravuje společenské a pracovní vztahy postiženého člověka. Navazuje na reedukaci a kompenzaci.<sup>22</sup> Existují různé programy pracovní rehabilitace (např. chráněné dílny), pedagogické rehabilitace (např. rehabilitační třídy pro děti s hlubokým mentálním postižením) nebo sociální rehabilitace (např. chráněná bydlení).

### 3.1.3 Terapie ve speciálně-pedagogické péči

Termín terapie může v souvislosti se speciální pedagogikou působit zvláště. Nejde však o to, že by se speciální pedagogové pokoušeli o nějaké lékařské zákroky. „*Terapie (z hlediska speciální pedagogiky) je každý odborný postup, který pomáhá dosahovat výchovných a vzdělávacích cílů a současně má také léčebný efekt.*“<sup>23</sup> Mezi speciální terapie užívané v psychopedii řadíme arteterapii, muzikoterapii, ergoterapii, dramaterapii, zooterapii či metodu bazální stimulace. Některé z těchto terapií byly využívány především jako psychoterapeutické metody u jedinců bez zdravotního postižení, v současnosti jsou však využívány také při práci s osobami mentálně handicapovanými, přičemž se aplikují v upravené formě s poněkud odlišným záměrem a aplikují se ty metody, které jsou pro individuálního jedince nejvíce vhodné z hlediska jeho typu a stupně postižení a podle jeho zájmů, potřeb a požadavků.

---

<sup>22</sup> Srov. PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 1. vyd. Brno: Paido, 1998. 30 s. ISBN 80-85931-65-6.

<sup>23</sup> SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 54 s. ISBN 978-80-247-1733-3.

### 3.1.3.1 Ergoterapie

Ergoterapie je rehabilitační obor, jehož cílem je pomoci s libovolným postižením překonat problémy s ním spojené. Jedná se o činnostní a pracovní terapii, o výcvik v oblasti praktického života, v soběstačnosti v rámci běžných denních činností, jimiž je například osobní hygiena, oblékání, stolování, péče o domácnost, vaření apod. Hlavním cílem je zjistit potřeby a omezení jedince v běžném životě a snažit se nácvikem či výběrem kompenzačních pomůcek minimalizovat nedostatky.

Některé zdroje však uvádějí, že ergoterapie je velmi často realizována nejen jako nácvik každodenních činností, ale také jako činnost tvořivá, zejména prostřednictvím rukodělných činností, např. s textilem, se dřevem, s keramikou apod. Jiné zdroje ovšem tyto tvořivé činnosti zahrnují spíše do oblasti arteterapie a do oblasti ergoterapie zahrnují pouze nácvik běžných denních činností. K tomuto pojetí se přiklání také tato práce a rukodělné činnosti řadí do oblasti arteterapie, zatímco do oblasti ergoterapie řadí pouze:

- nácvik sebeobslužných činností (osobní hygiena, oblékání apod.)
- nácvik každodenních činností (péče o domácnost, vaření apod.)

### 3.1.3.2 Arteterapie

*„Arteterapie je léčebný postup, který využívá výtvarného projevu jako hlavního prostředku poznání a ovlivnění lidské psychiky a mezilidských vztahů. Někdy bývá přiřazována k psychoterapii a jejím jednotlivým směrům, jindy je pojímána jako svébytný obor. Obvykle se rozlišují dva základní proudy, a to terapie uměním, v níž se klade důraz na léčebný potenciál tvůrčí činnosti samotné a artpsychoterapie, kde výtvoř a prožitky z procesu tvorby jsou dále psychoterapeuticky zpracovávány.“*<sup>24</sup> Obecně bychom si tedy pod pojmem arteterapie mohli představit léčbu výtvarným uměním (z latinského *ars, artis* – umění a řeckého *therapeón* – léčení, léčba). V užším slova smyslu lze pak hovořit o užití výtvarných technik při individuální či skupinové práci s lidmi. Může být chápána také jako určitý prostředek komunikace. Může pomoci lidem s narušenými komunikačními schopnostmi, kteří právě díky arteterapii mohou vyjádřit své pocity či prožitky.

---

<sup>24</sup> *Arteterapie v České republice.* [online] Praha: Česká arteterapeutická asociace, 2005 - [19.3.2011]. Dostupné z WWW: < <http://www.arteterapie.cz/> >.

Arteterapeutickými technikami se chápou především malování a kreslení, práce s koláží, s keramickou hlínou a jinými materiály. Konkrétních možností, jak lze arteterapeutické techniky realizovat je opravdu mnoho. Uvedme si pouze některé příklady:

- volné čmárání tužkou
- volná kresba pomocí prstů namočených v barvě
- tematická kresba (např. vlastní portrét)
- koláž z výstřižků
- sestavování objektů z přírodních materiálů
- práce s keramickou hlínou
- práce se dřevem
- malování na hedvábí
- pletení košíků
- práce s textilem, šití, vyšívání
- drátkování atd.

U mentálně postižených plní arteterapie funkci relaxační, terapeutickou, rehabilitační a socializační. Hlavními cíli jsou kompenzace inteligence a poznávacích funkcí, zlepšení komunikačních dovedností, zlepšení motoriky, rozvoj koncentrace, zručnosti a paměti, uvolnění kreativity, odreagování se, socializace osobnosti, nácvik sebereflexe, sebeovládání a vůle. Význam arteterapie se pak spatřuje zejména v oblasti sociální rehabilitace, kdy se člověk s mentálním postižením cítí být užitečný díky tomu, že něco tvoří, může se v něčem realizovat. Tato metoda také pomáhá odbourávat komplex méněcennosti, postižený se ujistí, že dokáže to co ostatní. Denní stacionáře (i další organizace pracující s mentálně retardovanými) často pořádají výstavy prací svých klientů, což je velmi přínosné pro jeden z hlavních cílů speciální pedagogiky, tedy začlenění mentálně postižených do společnosti. Pozitivní vliv má bezesporu také tvůrčí atmosféra, která přináší radostný prožitek a výsledek, zaměstnává mysl a obohacuje ji.

### **3.1.3.3 Muzikoterapie**

Muzikoterapií se chápe cílené využívání zvuku a hudby k terapeutickým účelům. Tato metoda je poměrně novodobou záležitostí, jelikož byla ve dvacátém století odmítána a své renesance v České republice se dočkává až v posledních patnácti letech. Muzikoterapie se

postupně začleňuje do oborů lékařských, psychologických, sociálně a speciálně pedagogických.

Hudba může být použita jako stimulátor aktivity, k uklidnění, k odstranění či zmírnění agrese, k odstranění napětí. Muzikoterapeutické prvky mohou obsahovat i jiné terapie, jako např. arteterapie, dramaterapie apod.<sup>25</sup> Muzikoterapeutických technik je mnoho, patří mezi ně například:<sup>26</sup>

- hudební improvizace (spontánní vytváření hudby pomocí hry na tělo – např. tleskání, plácání; zpěvu a hudebních nástrojů)
- hudební interpretace (reprodukce známého hudebního materiálu)
- zpěv písní
- poslech hudby
- psaní písní a kompozice hudby
- hudební vystoupení
- pohybové aktivity při hudbě
- dechová cvičení při hudbě

Z různých zdrojů se potvrzuje, že hudba by měla stát ve středu pozornosti speciální pedagogiky. Hudební výchova není pro mentálně handicapovaného člověka vyučovacím předmětem, ale spíše „*principem pro celkovou podporu rozvoje osobnosti*.“<sup>27</sup> Tuto výchovu je možné realizovat na různé úrovni v závislosti na stupni a druhu mentálního postižení každého jedince. Jiné formy jsou využívány u jedinců s autismem, jiné u lehce mentálně postižených, jiné u lidí s kombinovanými vadami. Obecnými cíly muzikoterapie jsou: vytvoření interpersonálních vztahů, dosažení uvědomění si sebe sama prostřednictvím seberealizace, začlenění do struktury skupiny, do procesu hudebního dění na základě určitého rytmického potenciálu hudby. U mentálně postižených se potom soustředíme na cíle konkrétnější. Je jím například rozvoj kreativity, sociálních interakcí, komunikace, posílení sebedůvěry a sebedisciplíny, vnímání druhých, rozvíjení hudebních dovedností, percepčních,

---

<sup>25</sup> Srov. PIPEKOVÁ, M., VÍTKOVÁ M. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. 1. vyd. Brno: Paido, 2001. 45 s. ISBN 80-7315-010-7.

<sup>26</sup> Srov. KANTOR, J. *Muzikoterapie*. [online] Praha: 2007 – 2011 [19.3.2011]. Dostupné z WWW: <<http://www.muzikoterapie.cz/?p=muzikoterapie>>.

<sup>27</sup> PIPEKOVÁ, M., VÍTKOVÁ M. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. 1. vyd. Brno: Paido, 2001. 43 s. ISBN 80-7315-010-7.



motorických a kognitivních funkcí, zlepšení narušeného řečového projevu (artikulace, rytmus řeči), rozšiřování slovní zásoby či rozvíjení paměti (memorováním textů či důležitých údajů v písničkách). Pohybové aktivity při hudbě podporují a rozvíjejí rozsah pohybů, senzomotorickou koordinaci, svalovou sílu a relaxaci, vytrvalost a také kreativní vyjadřování pohybem. Rytmické komponenty hudby pomáhají potom zvýšit motivaci, zájem a prožitek z pohybu a hudby.

#### **3.1.3.4 Dramaterapie**

*„Dramaterapie je léčebně-výchovná (terapeuticko-formativní) disciplína, v níž převažují skupinové aktivity využívající ve skupinové dynamice divadelních a dramatických prostředků k dosažení symptomatické úlevy, ke zmírnění důsledků psychických poruch i sociálních problémů a k dosažení personálně sociálního růstu a integrace osobnosti.“*<sup>28</sup> Dramaterapie je metoda pomáhající použitím divadelních postupů upravit psychické poruchy, sociální vztahy a důsledky tělesného či mentálního postižení. Slouží také k podpoře duševní i fyzické integrace, rozvoji slovní i mimoslovní komunikace a podněcuje osobnostní růst. Mezi cíle této metody patří zvyšování sociální interakce, rozšíření repertoáru rolí pro život, zvládnutí kontroly svých emocí, redukce tenze, rozvoj představivosti, kreativity a koncentrace, posílení sebedůvěry a sebeúcty, vytváření pocitu zodpovědnosti apod. Konkrétní cíle dramaterapie vyplývají z toho, na jaké osoby má být zaměřena. Například při práci s autistickým dítětem se bude klást důraz zejména na změnu jeho chování, terapeutický přístup musí být přísně strukturovaný a soustředěný na oční kontakt. U mentálně postižených by mohlo být specifickým cílem například cvičení paměti.<sup>29</sup>

Dramaterapeutických technik je opravdu velice mnoho a jsou zaměřovány podle cílů, které by měly plnit. Pro potřeby této práce zmiňme pouze některé techniky užívané u klientů s mentálním postižením a jejich stručný popis:

- hra jmen (házení míčem – např. ten kdo hází míč vysloví jméno toho, komu míč hází)
- motanice (dva páry – jeden pár se zamotá rukama a nohama a druhý pár se je snaží rozmotat)

---

<sup>28</sup> VALENTA, M. *Dramaterapie*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 2007. 23 s. ISBN 978-80-247-1819-4.

<sup>29</sup> Srov. VALENTA, M. *Dramaterapie*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 2007. 31 s. ISBN 978-80-247-1819-4.

- hra čísel (klienti sedí v kruhu, jsou požádáni, aby řekli sousedovi něco pěkného, ale pouze za použití čísel, tzn. řeknou například „tři sta padesát osm“ velmi jemně a potichu; naopak mohou říct sousedovi něco nepěkného, tedy číslovku vysloví hrubě, drsně)
- dialog zády (klienti v párech si sednou k sobě zády a jejich úkolem je říci zády pozdrav a jiné krátké sdělení)
- boty (klienti položí své boty na hromadu uprostřed kruhu, pak jeden z nich vybere pár bot a vrátí je správnému majiteli, další klient pokračuje, až mají všichni boty zpět)
- technika „zrcadel“ (práce v párech – jeden klient začne s pohybem a druhý tento pohyb kopíruje)
- procházka slepců (v párech – jeden z páru je „slepec“ a druhý je jeho průvodce, který jej vodí opatrně místností)
- budování prámu (ve skupině – jeden si lehne na zem na záda, druhý si lehne a hlavu mu položí na břicho, třetí se takto položí na druhého atd.)
- hraní rolí, loutkové divadlo

Tyto techniky se dají samozřejmě realizovat i s jinými klienty, nejen u mentálně postižených, ale právě u těchto klientů mají tyto aktivity zvláštní význam tím, že podněcují další vývoj a sociální učení a umožňují rozvíjet se ve více oblastech zároveň. Bohužel tyto techniky nejsou použitelné u jedinců s těžší formou mentální retardace.<sup>30</sup>

### 3.1.3.5 Zooterapie

Zooterapie obecně znamená využívání zvířat pro potřeby a pomoc člověku. Jedná se o pozitivní až léčebné působení zvířete na člověka, které se může projevit zlepšením paměti, motoriky, komunikace, zmírněním stresu, zlepšením nálady, uvolněním končetin a dalším zlepšením stavu klienta. Zvířata jsou schopna ovlivňovat všechny psychomotorické oblasti člověka: oblast emočně-sociální (adaptivní a sociální chování, emocionální stabilita atd.), oblast kognitivní (vnímání, somatická stimulace, změny polohy těla, vnímání zvuku, vizuální stimulace, vnímání omakem, čichová stimulace apod.), oblast tělesnou (jemná a hrubá motorika, činnost končetin, sebeobsluha a jiné) a oblast řečovou (stimulace úst a obličeje, aktivní řeč, rozvoj slovní zásoby). Podle druhu zvířete se zooterapie dělí na hipoterapii

---

<sup>30</sup> Srov. VALENTA, M. *Dramaterapie*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 2007. 222-231 s. ISBN 978-80-247-1819-4.

(koně), canisterapii (psi), felinoterapii (kočky). K zooterapii se dále používají drobná domácí zvířata, hospodářská zvířata, exotická zvířata a jejich kombinace.

## Hipoterapie

Hiporehabilitace je moderní rehabilitační metoda s komplexním bio-psycho-sociálním působením na lidský organismus. Přenášením pohybu koňského hřbetu na lidské tělo dochází ke stimulaci centrálního nervového systému. Aby se mohli klientovi věnovat příslušní odborníci podle typu jeho postižení a aby tak terapie mohla dosahovat co nejlepších výsledků, rozdělila se tato komplexní metoda do dalších odvětví: hipoterapie, léčebné pedagogicko-psychologické ježdění a sport handicapovaných.<sup>31</sup>

Hipoterapie je takovou formou léčebné rehabilitace, kde kůň slouží jako terapeutický prostředek díky trojrozměrnému pohybu svého těla, při němž dochází k neustálému střídání napětí a uvolňování těla klienta, který je i při pasivitě nucen přizpůsobovat se pohybům koňského hřbetu. Hipoterapie je indikována u neurologických onemocnění (např. dětská mozková obrna, degenerativní nervová onemocnění atd.), u ortopedických onemocnění (skoliózy, svalové dysbalance apod.), a rovněž v kategorii interního lékařství (kardiovaskulární onemocnění, obezita a jiné).

Do cílové skupiny klientů pedagogicko-psychologického ježdění patří například lidé s psychiatrickým onemocněním, děti i dospělí s mentálním postižením, s poruchami chování, lehkou mozkovou dysfunkcí, lidé s logopedickými vadami, hyperaktivitou či poruchami učení, lidé se smyslovými vadami či děti v institucionální péči. Na tyto skupiny klientů má jízda na koni významný psychologický dopad.

Dle Pipekové a Vítkové se hipoterapie využívá v oblasti lékařství a pedagogicko-psychologické ježdění v oblasti psychiky a pedagogiky. Jelikož se ale většinou tělesný účinek působení koně úzce propojuje s psychickým, používá se velmi často souhrnného názvu hipoterapie. Hipoterapie je tedy speciální formou léčebné rehabilitace, která využívá koně jako terapeutického prostředku a která spojuje fyzické a psychické prvky.

Před vlastním posazením na koně se klient nejdříve teoreticky s koněm seznámí, dostane se do přímého kontaktu se zvířetem a seznámí se s jeho prostředím. Velmi důležité je překonat strach ze zvířete. Teprve potom může klient na koně pomocí rampy nasednout. Na koni se pak provádí hipoterapeutická cvičení, uveďme příklady některých z nich:

---

<sup>31</sup> Srov. PIPEKOVÁ, M., VÍTKOVÁ M. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. 1. vyd. Brno: Paido, 2001. 131 s. ISBN 80-7315-010-7.

- zvládnutí sedu na koni
- volná jízda na koni
- dechová cvičení
- předklon k šíji koně, natažení horních končetin vpřed, pohlázení (kůň stojí)
- záklon, leh na koně (kůň stojí)
- střídavé upažení či vzpažení horních končetin při jízdě
- jízda se zavřenýma očima (plnější vnímání pohybu koně) apod.<sup>32</sup>

Účinky hipoterapie jsou zřejmé zejména v oblasti tělesné a psychické. U klienta dochází k následujícím zlepšením: koordinace pohybu, normalizace svalového napětí, narušení patologických stereotypů, zlepšení rovnováhy, úprava svalové dysbalance a pohybové symetrie či stimulace dýchacího svalstva. Při správném vedení zvyšuje jízda na koni sebehodnocení klienta, navozuje relaxaci a nabízí prostor pro lepší komunikační podmínky. Ježdění na koni nabízí možnost vytvoření interakce mezi terapeutem, koněm a klientem. S klienty lze pracovat individuálně, ale též ve skupině. Při skupinové terapii se pak rozšiřuje možnost interakce o interakci mezi jednotlivými členy terapeutické skupiny. Hlavním cílem terapeutického ježdění na koni je podpora sebedůvěry pacienta prostřednictvím cvičení samostatnosti, obratnosti a odvahy, rozvoj komunikace klienta vůči zvířeti i terapeutovi, motivace klientů či budování koncentrace. Důležitou roli může také kromě ježdění hrát práce u koní – ve stáji a péče o koně. Péče o živého tvora opět vytváří v postiženém pocit sebedůvěry, zvyšuje sebehodnocení, tlumí agresivitu, rozvíjí spolupráci a vychovává k odpovědnosti a kázni.

## Canisterapie

*„Canisterapie je označení způsobu terapie, při níž dochází k působení psa na člověka. ... Základem léčby je poznatek, že nejspolehlivějším a často jediným přítelem člověka v osamění a nemoci je zvíře. Vztah člověk – zvíře dokáže vyvolat pozitivní sociální a emocionální terapeutické efekty, které mohou přispět ke zlepšení zdravotního stavu.“<sup>33</sup>* Canisterapie je tedy léčebný kontakt psa a člověka. Podle zaměření dělíme canisterapii na:

---

<sup>32</sup> Srov. PIPEKOVÁ, M., VÍTKOVÁ M. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. 1. vyd. Brno: Paido, 2001. 133-134 s. ISBN 80-7315-010-7.

<sup>33</sup> PIPEKOVÁ, M., VÍTKOVÁ M. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. 1. vyd. Brno: Paido, 2001. 135 s. ISBN 80-7315-010-7.

- aktivity za pomoci psa – pomocí přirozeného kontaktu člověka a psa se zaměřujeme na zlepšení kvality života klienta a obecnou aktivizaci
- terapii za pomoci psa – je cíleným kontaktem, kde nasměrování a úkoly určuje odborník (speciální pedagog apod.) a canisterapie se tak stává podpůrnou metodou celkové rehabilitace klienta
- vzdělávání za pomoci psů, kde se využívá pozitivní vliv psů na klienty, jsou součástí zážitkové výuky<sup>34</sup>

Všechny druhy canisterapie mají zásadní význam pro klienty. Canisterapie má výborné využití pro tělesně postižené (nejčastěji DMO, svalová dystrofie, epilepsie), pro mentálně postižené, pro klienty v rehabilitaci a jinak nemocné. U autistů může pozvolným a dlouhodobým působením pes plnit roli prostředníka mezi jejich světem a okolím. Kromě pozitivních psychických účinků lze canisterapii využít jako podporu léčby konkrétních zdravotních problémů. Canisterapie rozvíjí hrubou a jemnou motoriku, podněcuje verbální i neverbální komunikaci, rozvíjí orientaci v prostoru a čase, pomáhá při nácviku paměti a koncentrace, rozvíjí sociální citění, působí v rovině polohování a relaxaci, podněcuje ke hře a pohybu a přispívá k duševní rovnováze a motivaci. Její cíle jsou velmi úzce spjatý s konkrétními metodami, které se při práci s klienty používají<sup>35</sup>:

- hlazení psa, mazlení se s ním uspokojuje potřebu něžnosti
- povídání klienta s terapeutem, terapeut se snaží navázat komunikaci klienta se psem, což vede ke snížení klientovy nesmělosti a uzavřenosti, podpora spontánnosti projevu
- v případě použití malého psa se rozvíjí ochranné a pečovatelské postoje, použije-li se velký pes, klient získá pocit bezpečí
- při použití skupinové terapie má klient ve „svém“ psovi spojence pro zvládnutí komunikace a chování v kolektivu
- při poznávání nových věcí ve společnosti zvířete dochází k odbourávání neopodstatněného strachu a odvedení pozornosti od vlastních potíží klienta
- jedinec získává zájem o určité aktivity prostřednictvím cílené hry a plněním úkolů, čímž se zvyšuje doba soustředění na danou činnost

---

<sup>34</sup> Srov. *Typy canisterapie*. [online] Starý Plzenec: Pomocné tlapky o.p.s., 31.8.2009 [23.3.2011]. Dostupné z WWW: <<http://www.canisterapie.cz/cz/canisterapie-zakladni-informace/typy-canisterapie-38.html>>.

<sup>35</sup> Srov. *O canisterapii*. [online] Frýdek Místek: Podané ruce o.s., 2008 [23.3.2011]. Dostupné z WWW: <<http://www.canisterapie.info/o-canisterapii/cile-canisterapie/>>.

- pozorování chování psa a jeho stavby těla rozvíjí pozorovací schopnosti i správné návyky chování ke zvířatům i lidem
- prostřednictvím různých pomůcek a zadáváním úkolů klientovi se zlepšují komunikační dovednosti, rozšiřuje se slovní zásoba a vyjadřovací schopnosti
- krmení psa či jiné situace, kdy je potřeba psa nevyrušovat, se využívají k nácviku sebeovládání
- formou různých společných her se zvyšuje u klientů motivace k pohybu i jejich pohybové schopnosti, rozvíjí se hrubá i jemná motorika
- ve společnosti psa se klienti učí vhodně relaxovat, při využití metody polohování dochází u klienta k relaxaci, zlepšuje se svalový systém (těž působením tepla psího těla)
- stimulem jsou také dotek srsti, neobvyklý přirozený psí pach, dotek studeného a mokrého čenichu a naopak teplý, mokrý jazyk psa
- zapojením metody "porovnávání" psího těla a se zlepšuje porozumění vlastnímu tělu apod.

Zcela zvláštní kapitolu tvoří přínos canisterapie mentálně postiženým. Pes napomáhá stimulaci jedince, komunikace se zvířetem na neverbální úrovni je jednodušší a jednoznačnější a může být vhodným nácvikem pro vytvoření vztahu k ostatním lidem. Plní potřebu citové jistoty a bezpečí, poskytuje pozitivní zpětnou vazbu, podporuje zvýšení úcty a sebeúcty, zbavuje napětí, nepříjemných emocí či obranných reakcí (agresivita, zloba). Zlepšuje také příležitost k sociálním kontaktům.

### **3.1.3.6 Metoda bazální stimulace**

*„Bazální stimulace je pedagogicko-psychologickou aktivitou, kdy se snažíme jedincům s více vadami poskytnout možnost pro vývoj jejich osobnosti. Pojem bazální znamená elementární základní nabídku, která se nabízí v nejjednodušší podobě. Pojem stimulace se rozumí, že se nabízí podněty všude tam, kde se těžce postižený vzhledem ke svému postižení není schopen sám postarat o dostatečný přísun přiměřených podnětů potřebných pro svůj vývoj.“<sup>36</sup>* Bazální stimulace je tedy aktivitou, při níž nabízíme osobám s mentálním handicapem a kombinovanými vadami možnosti pro vývoj jejich osobnosti. Základním

---

<sup>36</sup> PIPEKOVÁ, M., VÍTKOVÁ M. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. 1. vyd. Brno: Paido, 2001. 74 s. ISBN 80-7315-010-7.

principem je zjištění a zprostředkování zkušeností a vjemů, díky kterým můžeme skrz tělo člověka seznamovat s okolním prostředím. Rozhodující je individuální vývoj jedince a ne jeho vývoj vzhledem k věku. Snažíme se na jeho původní vývoj navázat a vhodným způsobem jej podpořit a posunout dál.

Těžké postižení či kombinované vady negativně ovlivňují aktivitu jedince a její potenciál, proto je důležité pomocí podnětů tyto lidi stimulovat a vést je tak k aktivitě. K tomu využíváme různých podnětů:

- somatické podněty – dotyk rukou či různými materiály, zesílí pocit pro vlastní tělo, působí emocionálně, povzbudivě, stabilizačně, je to také forma něžnosti, která signalizuje blízkost, pozornost a jistou výlučnost vztahu
- vibrační podněty – vibrace (pomocí různých vibrátorů umístěných na různých částech těla) navozuje intenzivní pocit v nosných částech těla (kostra, klouby)
- vestibulární podněty – kolébatvé pohyby, pohyby na míči apod., které dodávají informaci o poloze v prostoru, pohybu těla v prostoru, což působí na stabilitu držení těla a normalizuje svalové napětí
- čichové a chuťové podněty – pachy a chutě lišící se od pachů a chutí běžného dne, které napomáhají ke vnímání kontrastů
- sluchové a zrakové podněty – kontrasty ve vidění (světlý, tmavý) nebo výrazné rytmy v oblasti slyšení v kontrastu ticha, které zvyšují orientaci na viděné a slyšené
- komunikativní a sociálně-emocionální podněty – lidský hlas, obličej, chování, dotek, pohyb by měly být součástí celkového společného jednání s postiženými, velmi významná je vstřícná, strukturovaná a zřetelná komunikace<sup>37</sup>

Díky tomuto podpůrnému přístupu se podařilo překročit hranice vzdělavatelnosti jedinců s těžším mentálním postižením a kombinovanými vadami. Právě tyto jedinci jsou lidé s vlastní dynamikou rozvoje potřebující podněty a interakci. Při vhodné volbě stimulace je možná komunikace a interakce s lidmi s těžšími formami postižení.

---

<sup>37</sup> Srov. PIPEKOVÁ, M., VÍTKOVÁ M. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. 1. vyd. Brno: Paido, 2001. 76-80 s. ISBN 80-7315-010-7.

## **4 VÝZKUMNÁ ČÁST**

### **4.1 Cíle a metody výzkumu**

Cílem empirické části je charakterizovat a porovnat práci s mentálně postiženými klienty v různých denních stacionářích. Pro porovnání jsem si zvolila následující kategorie: materiální vybavení, klima a organizace dne, terapeutické metody a způsoby integrace.

K dosažení stanovených cílů bylo využito několika výzkumných metod, konkrétně tedy analýzy dokumentace, pozorování a volných a řízených rozhovorů. K charakteristice výzkumného souboru jsem využila vyhledávání informací pomocí internetu a možnosti nahlédnout do dokumentace klientů konkrétních zařízení. Při návštěvách denních stacionářů jsem se snažila zachytit celkovou atmosféru v denních stacionářích, pracovníky a klienty jsem pozorovala jak při činnostech každodenních, tak některých nevšedních (např. canisterapie) a také jsem jak s pracovníky tak klienty vedla rozhovory. Na pracovníky jsem měla otázky cíleně zaměřené na oblasti mého výzkumu. S klienty byl rozhovor volnější, povídala jsem si s nimi při činnostech a o činnostech, které právě dělali, o tom, jak se jim ve stacionáři líbí, které aktivity mají nejraději apod. V obou stacionářích jsem si mohla podrobně prohlédnout všechny části a místnosti, zařízeními mě provedli buď některý z pracovníků nebo sami klienti.

K empirické části patří také obrazová příloha k dokreslení výzkumu, která byla vytvořena pořízením fotografií při návštěvách stacionářů.

### **4.2 Charakteristika vzorku osob a zařízení, kde byl výzkum prováděn**

Pro svůj výzkum jsem si zvolila denní stacionáře pro mentálně postižené ve městě Třebíč. Ty jsem zvolila jelikož město Třebíč bylo dlouhou dobu mým trvalým bydlištěm a stacionáře v něm jsem navštěvovala v době své středoškolské praxe, tudíž jsem je znala již z doby před zahájením svého výzkumu. Původním záměrem však bylo charakterizovat práci ve všech denních stacionářích v Třebíči, tedy ve třech: Denní centrum Barevný svět, Denní rehabilitační stacionář Třebíč a Stacionář Úsměv Třebíč. Bohužel však ve Stacionáři Úsměv odmítli moji návštěvu a tak mi znemožnili provést výzkum v tomto zařízení. Empirická část se z tohoto důvodu zaměřuje pouze na dva stacionáře – Denní rehabilitační stacionář Třebíč a Denní centrum Barevný svět, kde mne velmi příjemně a s ochotou přijali a poskytli mi tak velmi dobré zázemí ke získání potřebných informací pro výzkum.



#### 4.2.1 Denní rehabilitační stacionář Třebíč

##### **Motto stacionáře:**

*„Člověk s postižením má stejné potřeby jako zdravý člověk. První z nich je být uznán a milován takový, jaký je.“*

Sestra Michele Pascale Duriezová

Denní rehabilitační stacionář pro tělesně a mentálně postižené (viz příloha č. 1) je nestátní zdravotnické zařízení, jehož zřizovatelem je město Třebíč. Jako příspěvková organizace města funguje od roku 1994, ovšem předchůdce stacionáře byl v provozu již od roku 1986. Tehdy to bylo jedno, později dvě oddělení speciálních jeslí pro postižené děti. V současné době má stacionář dvě oddělení. První oddělení, oddělení „Kuřátka“, je pro děti ve věku od 2 do 12ti let. Druhé oddělení, oddělení „Medvědi“, je oddělení pro mládež a dospělé. Od roku 2002 pracuje při stacionáři občanské sdružení „Porozumění“, které je sdružením rodičů a přátel Denního rehabilitačního stacionáře, jehož cílem je podpora klientů ze stacionáře. Sdružení získává finanční zdroje pro vybavení a rozvoj stacionáře a pořádá také pobyty a výlety pro klienty stacionáře.

Denní rehabilitační stacionář poskytuje komplexní poradenskou činnost, rehabilitační péči a výchovně vzdělávací program uživatelům s poruchami hybnosti a opožděným psychomotorickým vývojem po stránce léčebné, preventivní, psychologické, logopedické, ortoptické a sociální formou denního pobytu. Jejich cílem je dosáhnout celkové optimalizace stavu postiženého nebo zabránit tomu, aby došlo ke zhoršení.

##### **„Medvědi“**

O žádoucí rozvoj uživatelů v oddělení „medvěďů“ se stará celkem jedenáct pracovníků:

- vedoucí oddělení (zdravotní sestra a ortoptistka)
- dva speciální pedagogové
- čtyři pracovníci sociální péče (jeden z nich také plní funkci řidiče)
- jedna pomocná pracovnice sociální péče
- vedoucí kuchyně a kuchařka
- uklízečka

Klientelu „medvěďů“ tvoří 21 mentálně, tělesně a smyslově postižených ve věku od 16 do 39 let. Jejich postižení jsou často kombinovaná. Konkrétně se jedná o klienty s lehkou až

těžkou formu mentální retardace, dětskou mozkovou obrnou, Downovým syndromem, autismem, epilepsií, neurotickými poruchami a poruchami chování. Jeden klient stacionáře je nevidomý, jeden trpí vážnou sluchovou poruchou a dvě klientky mutismem. Stupeň závislosti klientů je hodnocen I. – IV., přičemž I. je stupněm nejlehčím; v tomto stacionáři jsou přítomny všechny tyto stupně s největším zastoupením stupně závislosti III.

Své dovednosti si mohou klienti zdokonalovat při práci v dílnách, vaření, práci na PC, opakování učiva ze školy, zpěvu či společenských hrách. Klientům je pomáháno při sociálních dovednostech (nakupování, telefonování apod.) a péči o vlastní osobu (hygienické návyky, oblékání). Mají zde také sportovní a kulturní vyžití a prostor pro relaxaci.

Stacionář je otevřen od pondělí do pátku od 6.00 do 15.30 hod.

#### **4.2.2 Denní centrum Barevný svět**

Denní centrum Barevný svět (viz příloha č. 1) je sociální zařízení poskytující denní péči spoluobčanům s mentálním a kombinovaným postižením ve věku od 16 do 64 let v regionu okresu Třebíč a v okolí do 50 km od Třebíče. Jeho zřizovatelem je Okresní organizace SPMP ČR (Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice) v Třebíči. Jeho posláním je pomoc a podpora lidem s mentálním či kombinovaným postižením a jejich rodinám. Snaží se zabezpečit trvalé zlepšení podmínek života klientů, zvýšit jejich samostatnost, kvalitu poznávacích procesů a umožnit vlastními silami uplatnit jejich práva.

Hlavním cílem Denního centra Barevný svět je integrace mentálně postižených do společnosti. Pomocí pracovní terapie, arteterapie, canisterapie, práce na zahradě, výuky čtení, psaní, počítání a práce ve cvičné kuchyni chce dosáhnout maximálního rozvoje dovedností, vědomostí a návyků uživatelů služeb stacionáře. Dílčími cíly jsou potom: dosažení co největší samostatnosti, maximální rozvoj manuálních dovedností a profesní zdatnosti, podpora rodičů, odblokování komunikačních kanálů, interakce osobnostních složek a podpora pozitivních přátelských vztahů.

Personál Barevného světa se skládá z:

- ředitelky centra
- jednoho speciálního pedagoga
- jedné sociální pracovnice
- čtyř vedoucích dílen
- jedné osobní asistentka
- řidiče

- uklízečky (tuto funkci zastává jedna z klientek stacionáře)

Klientů má centrum celkem 26, ačkoli denně navštěvuje stacionář v průměru 14 klientů. Jsou to lidé s mentálním postižením lehké až těžké formy. Těžkou formu mentální retardace má však pouze jeden klient, který má svou osobní asistentku. Mezi další diagnózy patří dětská mozková obrna a lehká mozková dysfunkce. Jeden klient má Downův syndrom a jeden je neslyšící. Stacionář nepřijímá klienty s autismem, jelikož dle jejich názoru a díky předchozím zkušenostem by přítomnost autistických klientů narušovala chod centra a podle slov ředitelky není stacionář pro tyto klienty přizpůsoben ani svou stavbou (všechny místnosti jsou průchozí, často prosklené, autističtí klienti by neměli žádné útočiště, kam se „schovat“). Stacionář bohužel není svou stavbou (dvoupatrová budova bez přítomnosti výtahu) a nepřítomností bezbariérového přístupu přizpůsoben ani pro tělesně postižené a imobilní klienty, proto žádní takto postižení klienti toto centrum nenavštěvují.

Centrum nabízí činnosti v dílnách, školičce, cvičné kuchyni a různých kurzech, které pořádá. Dále nabízí ranní a odpolední komunity, sportovní aktivity, práci na zahradě a další služby, mezi které patří též svoz a rozvoz klientů do centra.

Stacionář je pro klienty otevřen od pondělí do čtvrtka od 7.00 do 16.00 hod a v pátek od 6.00 do 15.00 hod.

## **4.3 Srovnání denních stacionářů podle stanovených kategorií**

### **4.3.1 Materiální vybavení stacionářů**

Stacionářům se díky financím získaným od Ministerstva práce a sociálních věcí, z kraje Vysočina, města Třebíč a obcí ze kterých jednotlivý klienti pocházejí, od sponzorů a nadací, z projektů a veřejných sbírek a také z financí od klientů za poskytování služeb ve stacionáři a za prodej výrobků klientů podařilo vybudovat velmi dobré zázemí pro práci s mentálně postiženými.

Oba stacionáře mají k dispozici mikrobusey, kterými mohou svážet do stacionáře klienty, kteří bydlí na vzdálenějších místech nebo nejsou schopni jinak se do stacionáře dostat.

Vedle základního vybavení jako jsou sociální zařízení, šatna, společenská místnost a kanceláře pro personál jsou stacionáře vybaveny velkým množstvím místností a vybavení, které klientům umožňují rozvoj a účelné vyplňování svého volného času.

## **Dílny**

V obou stacionářích se nacházejí dřevodílny. V těchto dílnách si klienti při práci se dřevem rozvíjí jemnou a hrubou motoriku, naučí se šmirglovat, řezat, vrtat, natírat, šroubovat, zatloukat hřebíky a vyrábět tak různé výrobky (hračky, šperky, ozdoby, vařečky do kuchyně, apod.).

Dalšími dílnami jsou keramické a smaltovací dílny, kde se v obou stacionářích nacházejí keramická a smaltovací pec. Zde si mohou klienti vyrobit různé misky, hrnky, šperky, ozdoby, dekorace na zeď a další množství dárků jak pro sebe, tak pro své blízké.

Ve výtvarné, textilní a šicí dílně (viz příloha č. 2) se v opět v obou stacionářích kromě základních technik malování a kresby mohou klienti naučit různé další činnosti a techniky, např. tvorbu s papírem (koláže, přáníčka, ruční papír, dárkové tašky apod.), malbu na textil (batikování, potisk razítky, malbu na hedvábí a jiné), práci s vlnou, šití (zvířátka, taštičky apod.) a další ruční práce (drátkování (šperky, vánoční ozdoby) a spoustu dalšího.

## **Cvičná kuchyně**

Oba stacionáře jsou vybaveny cvičnou kuchyní (viz příloha č. 2). Ta je klientům přístupná po celý den, pokud mají zájem, mohou si zde sami uvařit čaj, kávu či připravit další nápoje. Mimo to se zde také učí připravovat různé pomazánky, péct buchty, cukroví, vaří podle receptů, připravují zde narozeniny a jiné oslavy apod.

## **Místnost určená pro vzdělávání**

Pro klienty, kteří jsou postiženi tak, že bylo možné, aby navštěvovali nějakou formu předchozího vzdělávání (speciální školy, pomocné školy apod.) je v denních stacionářích umožněno zachovávat, opakovat si a rozvíjet znalosti a dovednosti v tomto vzdělávání nabyté. Formou individuálních plánů se s každým klientem procvičují jeho znalosti (čtení, psaní, počítání) a to v místnosti k tomu určené (viz příloha č. 2). Oba stacionáře takovou místnost mají. Vybavením těchto místností je psací stůl, židle a také počítač. Právě počítač je velmi důležitou součástí, protože práce s ním umožňuje další rozvíjení dovedností. I když většina rodin postižených klientů počítač doma mají, zřídka kdy dovolí postiženým s počítačem pracovat. To je jim ve stacionáři umožněno. Na počítači pracují se speciálními programy tvořenými pro postižené lidi, ale také se učí běžnému užívání počítače a internetu. V této místnosti se také nacházejí telefony, kde si klienti mohou nacvičit telefonování.

## **Prostory ke sportovnímu vyžití**

Denní rehabilitační stacionář má ve svých prostorách zvláštní místnost pro tělocvičnu (viz příloha č. 2), ta je vybavena posilovacími přístroji, dvěma rotopedy, orbitrekem, stepperem, gymnastickými míči, boxovacím pytle, trampolínou a dalším sportovním vybavením. Mimo jiné má tento stacionář také ve venkovních prostorách vlastní bazén, kde mohou v létě klienti plavat a hrát různé hry.

V Barevném světě k těmto účelům slouží místnost, která je zároveň využívána k relaxaci a canisterapii. Jedná se o místnost menších rozměrů než je ve druhém stacionáři. Ke sportovnímu vyžití zde slouží gymnastické míče a jeden rotoped, žíněnky a žebříny. V tomto ohledu není tedy Barevný svět tak dobře vybaven jako Denní rehabilitační stacionář. Tento nedostatek je však nahrazován výlety do zařízení nabízející sportovní vyžití, např. Sport Hotel v Hrotovicích, kam jezdí pracovníci s klienty na plavání, do sauny apod.

## **Psycho-relaxační místnost**

Jak již bylo řečeno, ve stacionáři Barevný svět slouží jako relaxační místnost prostor, který je zároveň tělocvičnou. V Denním rehabilitačním stacionáři mají pro tyto účely zvláštní psycho-relaxační místnost (viz příloha č. 2). Tato místnost byla vybudována v roce 2009 za pomoci sponzorů. Jedná se o místnost bez oken, kde mohou klienti relaxovat a mohou se přenést do světa zvuků, barev, světla, představ a fantazie. K tomu slouží lůžko a houpací židle, různě barevné lampy a světla, lávové lampy, svíčky, svítící dekorace na stěnách, fontánka s tekoucí vodou, rádio k puštění tlumené relaxační hudby a další. Místnost je využívána klienty i pracovníky k relaxaci nebo k navození příjemné atmosféry pro uvolněnou konverzaci mezi klienty a pracovníky. Je také vhodná pro metody bazální stimulace, jelikož přináší mnoho vjemů a podnětů. Po návštěvě psycho-relaxační místnosti se osoba s postižením cítí uvolněná, lépe komunikuje a je pozitivně naladěna.

## **Další místnosti a vybavení stacionářů**

Mezi vybavení Denního rehabilitačního stacionáře patří také velice dobře vybavená koupelna (viz příloha č. 2), která prošla celkovou rekonstrukcí v roce 2010. Za peníze sponzorů byla zakoupena výškově nastavitelná vana pro hygienu imobilních klientů. K tomuto účelu také napomáhá elektrický zvedák, který byl zakoupen roku 2007 ze sbírky pod vánočním stromem na náměstí v Třebíči. Vybavení rehabilitace se díky sponzorům také rozrostlo v loňském roce o Vojtův stůl určený ke speciálnímu cvičení dle profesora Vojty pro klienty s dětskou mozkovou obrnou a léčebný komplet MEDICO pro magnetoterapii. Ve

stacionáři je k dispozici také mnoho rehabilitačních pomůcek, které jsou využívány jak k cílené rehabilitaci u jednotlivých klientů, tak je mohou klienti používat sami (např. malými rehabilitačními míčky si v době odpočinku klienti navzájem masírují záda).

Klienti Barevného světa mají k dispozici loutkové divadlo, v němž si nacvičují různá představení a do něhož si loutky vyrobili sami. Pro muzikoterapii jsou součástí tohoto stacionáře klávesy, kytary a další hudební nástroje.

V obou stacionářích jsou k dispozici spotřebiče, jako je například pračka či žehlička, kde se klienti učí s těmito spotřebiči pracovat a které slouží také pro další potřeby stacionáře.

Stravování je další kategorií, kterou poskytují oba stacionáře. Klienti zde dostanou svačiny a oběd, který je do Barevného světa dovážen, kdežto v Denním rehabilitačním stacionáři je kuchyně, kde se pro klienty vaří.

### **Venkovní prostory stacionářů**

V okolí centra Barevný svět se nachází zahrada, která je využívána k terapeutickým účelům. Klienti se zde učí jednak některé pracovní činnosti – hrabání a sekání trávniku, zalévání a sázení květin, plení záhonků či kompostování; jednak zde mohou cvičit nebo odpočívat.

Denní rehabilitační stacionář má své venkovní prostory o něco bohatší. Nachází se zde také zahrada, která je vybavena zejména pro aktivní pohyb a odpočinek klientů. Jsou zde různé odpočinkové plochy, lavičky, ale naopak i vybavení vybízející k aktivitě – různé prolézačky apod. Jak již bylo zmíněno, je zde také venkovní bazén využívaný v létě. Díky projektu zde bylo také v roce 2007 otevřeno dopravní hřiště. Toto hřiště neslouží pouze klientům stacionáře, ale také školkám, školám a dalším organizacím.

### **4.3.2 Klima a organizace dne ve stacionářích**

Oba stacionáře jsou bezesporu velmi příjemným místem jak pro klienty tak pro pracovníky stacionáře. Stacionáře působí velmi familiárně, v Denním rehabilitačním stacionáři jedna ze speciálních pedagožek poznamenala, že „jsou jako jedna velká rodina.“ Mezi pracovníky jsou velmi dobré vztahy, což jistě napomáhá k vytvoření příjemného prostředí a atmosféry pro klienty. Kdybych však měla oba stacionáře porovnat, tak v Barevném světě jsou spíše vztahy pracovník – klient a v Denním rehabilitačním stacionáři mají klienti přátelské vztahy více k sobě navzájem. V Barevném světě jsou velmi úzké vztahy mezi jednotlivými klienty a pracovníky dány pravděpodobně tím, že každý klient má svého tzv. „klíčového pracovníka“, který konkrétnímu klientovi pomáhá, zajišťuje jeho individuální plán a pomáhá při jeho

realizaci. Proto je „klíčový pracovník“ velmi blízkým přítelem postiženého a vytváří se mezi nimi jedinečný vztah. V Denním rehabilitačním stacionáři jsou úzké vztahy mezi všemi pracovníky a klienty, působí jako jednotná skupina, která je v neustálém vzájemném kontaktu. Klienti mají velmi přátelský vztah také mezi sebou, vzájemně si pomáhají a spolupracují. Tyto vztahy vyplývají tak nějak přirozeně, samovolně, kdežto v Barevném světě se zdají být více řízené právě pracovníky stacionáře. V obou stacionářích jsou ale zjevně klienti spokojeni. Pracovníky a další klienty berou jako své přátele a stacionáře navštěvují rádi a na jejich návštěvu se každý den těší.

Co se týče denního režimu a činností stacionářů Barevný svět a Denní rehabilitační stacionář se v některých oblastech liší.

V Barevném světě je organizace dne poměrně pevně dána a probíhá každý den stejně. Mezi osmou a devátou hodinou ráno se pracovníci a klienti schází. Ve stacionáři se tomu říká „ranní komunita“. Všichni se společně přivítají a popovídají si. Vedoucí dílen potom nabízejí činnosti, které se v jednotlivých dílnách budou v ten daný den dělat. Klienti si vybírají, kterou činnost by toho dne rádi dělali na základě jejich individuálního plánu. Kromě činnosti v dílnách se nabízí také tzv. „školička“, která je určitou formou vzdělávání klientů. Činnosti v dílnách a ve „školičce“ se provádějí zhruba do dvanácti hodin, poté následuje oběd. Po obědě následuje tzv. „odpolední komunita“. Zde už je režim o něco volnější, klienti a pracovníci si povídají o tom, co se toho dne naučili, mohou využít relaxační místnosti. Odpolední hodiny jsou také využívány pro některé formy terapie (muzikoterapie, dramaterapie) a společenské aktivity jako jsou návštěvy výstav, koncertů apod. Odpolední komunita trvá zhruba do patnácté hodiny, potom se klienti rozjíždějí zpět do svých domovů.

V Denním rehabilitačním stacionáři je režim o něco volnější. Ačkoli má stacionář týdenní rozvrh hodin, úplně striktně se ho pracovníci nedrží a snaží se ke každému klientovi přistupovat spíše individuálně podle jeho potřeb a přání. Určité dělení dne je ale dodržováno. Pro klienty je stacionář otevřen od šesti hodin ráno, většina z klientů ale přichází až kolem osmé hodiny ranní. Od devíti do půl jedenácté by měly podle rozvrhu probíhat práce v dílničkách, škola, cvičení, vaření či různé terapie. Od půl jedenácté do půl dvanácté je v rozvrhu na každý den zapsán pobyt venku, to ovšem není vždy možné kvůli počasí, tak lze pokračovat v činnostech započatých ráno. Následuje oběd a po něm odpolední klid, relaxace či společenské hry. Od půl druhé do půl třetí můžeme v rozvrhu najít sportovní a pracovní kroužek nebo muzikoterapii. Mezi třetí a čtvrtou hodinou klienti stacionář opouští. Jak již bylo zmíněno, tento denní režim není přísně dodržován, jak jsem mohla sama vidět při několika svých návštěvách tohoto zařízení. Aktivita navazovaly spontánně podle zájmů

klientů a atmosféry, která ve stacionáři vznikala. Z výtvarných činností přes příjemné povídání se činnosti stočily k muzikoterapii, zpívání písniček a tanci. Jedna ze speciálních pedagožek s níž jsem vedla rozhovor uvedla, že rozvrh sice mají, ale příliš nedodržují přesné aktivity na daný den, rozvrh že je spíše orientační, a pracovníci se snaží činnosti zaměřovat individuálně, co kdo potřebuje procvičit, na co má náladu, aktivity se nechávají plynout nebo se využívá činnosti, která se na ten den nabízí. Například canisterapie je v rozvrhu hodin napsaná na pondělí dopoledne, ovšem při mé návštěvě přišla canisterapeutka v pátek, muzikoterapie je zapsána na středeční odpoledne, ale já jí byla svědkem v úterý dopoledne apod. Tedy rozvrh hodin slouží spíše jako určitý harmonogram dne, jako seznam a přibližný rozpis činností, které se ve stacionáři provádějí, ale realizace konkrétních činností je velice variabilní a neřídí se dny, kdy by měly být dle rozvrhu uskutečňovány.

#### **4.3.3 Terapeutické metody**

V obou stacionářích se využívá stejných nebo podobných metod práce s mentálně postiženými lidmi. Základem veškeré práce a snahy o rozvoj mentálně postižených klientů jsou individuální plány a individuální výchova každého z klientů. Jelikož stupeň postižení se u jednotlivých klientů velmi různí, není možné s nimi pracovat hromadně jako s celou skupinou, ale je nezbytné ke každému z nich přistupovat podle jeho možností a potřeb.

V Barevném světě je tento přístup realizován pomocí individuálních plánů. Tyto individuální plány jsou tvořeny pro jednotlivé klienty na dobu jednoho až čtyřech měsíců podle toho, co by se klient chtěl a co by bylo vhodné, aby se naučil. Tyto plány se tvoří ve spolupráci s rodinou, sociálním pracovníkem a klíčovým pracovníkem klienta. Všichni tito lidé se vedle samotného klienta na tvorbě těchto plánů podílí.

V Denním rehabilitačním stacionáři se vychází zejména z toho, že pracovníci velmi dobře znají možnosti a omezení všech svých klientů a dle toho se jim individuálně v průběhu dne věnují. Snaží se opakovat to, co už klienti znají a umí a tyto poznatky a schopnosti dále prohlubovat. Rodiče klientů do náplně individuálních činností svých dětí příliš nezasahují.

Cílem takového individuálního přístupu je rozvoj každého z klientů podle jeho možností tak, aby si nejen udržoval znalosti a schopnosti, které již nabyl před příchodem do stacionáře (ve škole, v rodině apod.), ale rovněž tyto znalosti a schopnosti dále rozvíjel a rozšiřoval. Cílem je také posílit možnost integrace klientů do běžné společnosti. Konkrétně si pod tím můžeme představit například nácvik sebeobsluhy, rozvoj jemné či hrubé motoriky, komunikačních dovedností, čtení, psaní, počítání, zvyšování možnosti pracovního uplatnění,



zvyšování sebevědomí, seberealizace v některé z tvůrčích činností apod. K dosažení takových cílů se využívá různých metod. Oba stacionáře využívají stejných metod práce s mentálně postiženými klienty, někdy se ovšem pojetí a realizace určitých metod liší.

#### **4.3.3.1 Ergoterapie**

Někteří klienti stacionářů jsou schopni se o sebe sami postarat v základních sebeobslužných činnostech. Tuto schopnost získali většinou výchovou ve své rodině nebo při návštěvách některých jiných zařízení. Není tomu však u všech klientů, a to z různých důvodů. Pracovníci stacionářů se však shodují, že téměř u každého klienta (výjimkou mohou být klienti imobilní či s hlubokými formami mentálního postižení) se dá dosáhnout určité úrovně sebeobsluhy. Důvodem proč klienti přicházející do stacionáře tyto základní návyky nemají jsou většinou dvojí. Buď je to dáno tím, že rodiče nemají trpělivost nebo čas to klienta doma naučit, a proto očekávají, že je to naučí právě ve stacionáři a doma tomu tak nevěnují příliš velkou pozornost. Příkladem toho může být například jeden klient Denního rehabilitačního stacionáře, jehož diagnózou je středně těžká mentální retardace a DMO. Do stacionáře přišel ve věku šestnácti let s plínami, bez základní dovednosti dojít si na toaletu. Během jednoho týdne se pracovníkům podařilo klienta této činnosti naučit. Druhým důvodem zaostalosti v běžných sebeobslužných činnostech je určitý opak důvodu prvního, tedy že rodiče o své dítě pečují až příliš. Řídí se názorem: „On je přece postižený, on by to nezvládl, tak to musím všechno udělat za něj.“ Proto své děti oblékají, umývají, pomohou jim při vyprazdňování apod. To samozřejmě také není vhodným řešením, jelikož to nevede k žádnému rozvoji klienta. I k tomuto si můžeme uvést příklad klienta z Denního rehabilitačního stacionáře. Tento klient trpí středně těžkou formou mentální retardace, DMO a je nevidomý. Jedna z pracovnic uvádí, že byl zvyklý na to pouze „zvednout ruce a čekat, až ho druhý člověk obslouží.“ Stejně jako v prvním případě se ve stacionáři tohoto klienta podařilo naučit sebeobsluhy a částečné samostatnosti v běžných činnostech, což právem pracovníci považují za úspěch.

Dalo by se tedy říci, že úplně základním cílem je dosáhnout co největší samostatnosti zejména u klientů, kteří do stacionáře přicházejí a tuto schopnost nemají. Po návštěvě stacionářů lze konstatovat, že tohoto cíle se podařilo v obou stacionářích dosáhnout. Pouze jedna klientka Denního rehabilitačního stacionáře trpící kvadruparetickou DMO, těžkou mentální retardací a epilepsií není schopna se o sebe v základních činnostech postarat, a to v důsledku svého postižení, její obsluhu není schopna zařídit ani její rodina, a tak její

obsloužení provádí pracovníci stacionáře, kteří k tomu využívají výškově nastavitelné vany a elektrického zvedáku.

Při zajištění základních návyků je možné s klienty pracovat dále a rozvíjet je v dalších oblastech. Do sféry ergoterapie je řazena též péče o domácnost. K tomu v denních stacionářích slouží jednak cvičné kuchyně a jednak vybavení spotřebiči, jako je pračka či žehlička. V obou stacionářích se tak klienti učí domácím pracím jako je uklízení, praní, žehlení, zašívání, umývání nádobí, příprava jídla a pití atd. V Denním rehabilitačním stacionáři tyto činnosti vyplývají z různých situací, které se v průběhu dne nabízejí, kdežto v Barevném světě se tomu snaží dát určitý režim či formu. Jako příklad si můžeme uvést projekt, kterým se zabývali ve cvičné kuchyni na začátku minulého roku. Klienti společnými silami vytvořili seznam dvanácti receptů, které se učili vařit, a z těchto receptů potom vytvořili kalendář, kde na každý měsíc připadal jeden recept. Bylo to velmi hezkým dárkem nejen pro blízké klientů, ale také například pro sponzory (viz příloha č. 3).

Vedle těchto činností se klienti učí dalším každodenním dovednostem, které by se jim mohly hodit a kterým se učí podle vlastních potřeb a možností. Klienti se mohou učit například základní zdravotnické úkony jako nalepit náplast, obvazovat rány nebo měřit tlak (viz příloha č. 3), učí se spravovat různé věci (např. nábytek, slepovat rozbité předměty atd.), zacházet s telefonem, fotoaparátem nebo dalšími přístroji nebo se učí pracovat na zahradě (pěstovat některé rostliny nebo plodiny, okopávat je, plet záhonky, hrabat apod). To vše slouží k zvyšování jejich samostatnosti a základům jejich začlenění do běžné společnosti.

#### **4.3.3.2 Arteterapie**

Arteterapie je jednou ze stěžejních a nejčastěji využívaných terapeutických metod v denních stacionářích. V Barevném světě a Denním rehabilitačním stacionáři je realizována různými výtvarnými technikami a prací s rozličnými materiály. V obou stacionářích se využívá technik stejných, bez větších rozdílů. Arteterapeutické činnosti se odehrávají ve výtvarných, textilních, šicích, keramických a smaltovacích dílnách, které jsou, jak již bylo řečeno výše, součástí obou stacionářů.

V Barevném světě i Denním rehabilitačním stacionáři se využívá malby a kresby, většinou na nějaké určité téma. Maluje a kreslí se tužkou, pastelkami, pomocí fixů, křídami či nejrůznějšími barvami. Pracuje se s papírem – stříhání, lepení, vytváření koláží (viz příloha č. 3) apod. Využívá se také moderních výtvarných prostředků jako jsou například barvy na sklo, foukací fixy apod. Klienti s těžšími formami mentálního postižení pracují například s omalovánkami, kde se učí rozlišovat různé barvy a kontury obrázku, rozvíjí si jemnou

motoriku držením pastelek apod. V Denním rehabilitačním stacionáři pracují pomocí barev také s klienty s těžkou mentální retardací, konkrétně pracovníci klientům namáčí do barvy prsty a pomáhají jim „tupkat“ barvu na papír. Do arteterapie se tedy oba stacionáře snaží zapojit opravdu všechny své klienty.

Výtvarné techniky malování se v obou stacionářích velmi často pojí s prací s dalšími materiály, například s textilem. Konkrétně se využívá technik jako je malování na hedvábí nebo na trička (viz příloha č. 3). Někdy na sebe též práce s textilem a malování navazuje – např. šití tašek a jejich následné ozdobení barvami. Někdy se naopak jedná pouze o práci s textilními materiály. V Barevném světě klienti například šijí „ponožková zvířátka“ nebo si pro své loutkové divadlo sami ušili loutky.

Z dalších materiálů se v obou stacionářích využívá keramické hlíny, ze které se modelují různé výrobky buď na zadané téma (například hrnek, betlém, sluníčko apod.) anebo se nechává průběh fantazie klientů a tvoří se spontánně. Denní rehabilitační stacionář je také vybaven hrnčířským kruhem, ale pracovníci stacionáře uvádějí, že bohužel není práce s keramickou hlínou na hrnčířském kruhu pro jejich klienty vhodná, jelikož je příliš náročná na přesnost, stabilní držení rukou a další schopnosti, kterými jejich klienti příliš nedisponují. Hrnčířský kruh je tudíž ve stacionáři nevyužit. Oba stacionáře mají svou keramickou pec, a tak po vypálení výrobků z hlíny mohou klienti pokračovat v úpravách těchto výrobků pomocí speciálních glazur, kterými si výrobky obarví.

Další dílnou, kde se vyrábí různé předměty je dřevodílna. Zde se pracuje převážně se dřevem, z něhož se vyrábí různé hračky nebo potřeby pro domácnost. Opět se zde může propojovat práce se dřevem a s dalšími výtvarnými technikami – klienti své dřevěné výrobky pomalují barvami, na dřevěné postavičky vyrobí z textilu nějaké oblečení, z vlny jim udělají vlasy nebo vousy apod. Všechny výtvarné techniky na sebe tak navazují, prolínají se a vybízí také k participaci všech klientů podle jejich schopností – například v Barevném světě jeden klient vyrobil ze dřeva postýlku pro panenku, druhý ji nabarvil, další vytvořil z textilu polštářek, jiný do ní vyrobil panenku atd. Klienti se tak mohou učit pracovat nejen sami, ale také spolupracovat s dalšími lidmi a podílet se tak na společné práci s nějakým společným cílem.

Mezi další materiály, se kterými klienti stacionářů pracují patří například velké množství jiných přírodních materiálů (sušené rostliny, kameny apod.), vlna (pletení, háčkování, plstění) či korálky (navlékání, výroba šperků). Z dalších technik jsem se při svých návštěvách stacionářů setkala se smaltováním, drátkováním a pletením košíků. Pracovníci stacionářů uvádějí, že každý klient je „šikovný na něco jiného“ a tak se snaží rozvíjet zejména ty oblasti,

ve kterých se jim daří a které je baví. Samozřejmě se také snaží klienty učit něco nového nebo se snaží rozvíjet tu činnost, která jim příliš nejde, ale rozhodně oba stacionáře odmítají, že by do jakýchkoli činností klienty nutili. Veškerá práce ve stacionářích je založená na dobrovolnosti a vůli jednotlivých klientů, tudíž klienti nejsou přesvědčováni, aby dělali nějakou činnost, která je nebaví nebo ji dělat nechtějí. I přesto se však pracovníci snaží, rozvíjet klienty v rozmanitých oblastech arteterapie a hlavně je k činnosti v těchto oblastech motivovat. Proto je jejich úkolem zhodnotit určité limity klienta a podnítit v něm zájem o ty činnosti, které by pro něj z terapeutických důvodů byly vhodné nebo přínosné a vytvořit tak zájem samotného klienta právě o tyto aktivity.

Výrobky klientů nejsou z hlediska speciální pedagogiky důležité, důležitý je především proces jejich výroby – tedy to, co si při něm klienti rozvíjí a co se při něm učí. Nelze ale opomenout radost, kterou právě hotové výrobky klientům přinášejí. Dodávají jim sebedůvěru, pocit užitečnosti a možnost vyrovnat se ostatním lidem. Velmi rádi se svými výtvary pochlubí a o to větší mají radost, když jim jejich výrobek někdo pochválí. Pracovníci v obou stacionářích své klienty hojně chválí a povzbuzují, čímž jim dodávají potřebné povzbuzení pro další tvorbu a tak i další rozvoj.

Hotové výrobky mají také další funkce. Jednak mohou sloužit jako výzdoba stacionářů, což klientům dává možnost podílet se na vzhledu zařízení, kde tráví velmi mnoho času, jednak jim mohou sloužit jako dárky pro jejich blízké. Vedle toho oba stacionáře pořádají výstavy tvorby svých klientů, které nejenže klientům opět dodávají pocit důležitosti a významnosti, ale mohou stacionářům sloužit také jako jistá forma osvěty – veřejnost se totiž může přijít podívat na tvorbu a činnosti stacionářů a více se tak o nich dozvědět. Nakonec jsou výrobky také zdrojem finančních příjmů pro stacionář, jelikož klienti chodí se svými výrobky na různé trhy (vánoční, velikonoční apod.), kde své výrobky nejen prezentují, ale také prodávají.

#### **4.3.3.3 Muzikoterapie**

Muzikoterapie je v obou stacionářích využívanou metodou, ovšem pojatou s některými odlišnostmi v každém ze stacionářů.

V Barevném světě spolupracují s učitelem Základní umělecké školy, který do stacionáře přichází každé pondělí. S ním klienti zpívají a učí se zpěv doprovázet na různé hudební nástroje. Muzikoterapie tedy v tomto stacionáři má jistý řád a je pojata jako zájmový kroužek vedený odborníkem pro klienty, kteří mají o tuto činnost zájem. Pracovníci samotní potom

propojují v práci se všemi klienty hudbu a pohybové aktivity. Klienti provádějí rytmická cvičení, nacvičují si různá vystoupení na hudbu, například cvičení se šátky apod.

V Denním rehabilitačním stacionáři je muzikoterapie realizována pomocí hudebních nástrojů, ale také hudby reprodukované. Někteří z klientů se učí hrát na některé hudební nástroje podle svých možností – například lehce a středně mentálně postižení klienti se učí hrát na flétnu nebo na kytaru, kdežto jedinci s těžším postižením rytmicky doprovází na dřívka nebo triangel. Někdy vyplynou určité hudební aktivity spontánně bez konkrétního podnětu pracovníků. Klienti si sami vyberou písničky, které by si chtěli zazpívat, pracovníci jim je pustí z magnetofonu nebo z internetu a společně si je potom zpívají nebo na ně tancují. Při mé návštěvě právě k takovéto situaci došlo. Klienty samotné napadlo si zazpívat a tak jim jedna ze speciálních pedagožek vybrala některé písně, které věděla, že znají a z toho vznikla neuvěřitelně živá atmosféra plná zpěvu a tance. Všichni klienti se zapojili, i ti s těžším postižením, někteří tančili, poskakovali do rytmu, jiní zpívali, tleskali a přidali se k nim také pracovníci a spontánně tak vznikla zábava, která každému z klientů umožnila uvolnit se a přispět do ní svým tancem, zpěvem či doprovodem (viz příloha č. 3). Velkým přínosem je v oblasti hudby také spolupráce Denního rehabilitačního stacionáře se zpěvákem Petrem Bende, který toto zařízení pravidelně navštěvuje, což je pro klienty atraktivní nejen proto, že se setkají se známou osobností, ale také je to více přibližuje k hudbě a ta se pro klienty stává tímto způsobem zajímavější. Petr Bende je tak pro klienty určitou motivací, proč se zapojovat do hudebních aktivit. Klienti si pro něj nacvičují různá hudební vystoupení nebo písně, na jeho každou návštěvu se velmi těší a pečlivě připravují.

#### **4.3.3.4 Dramaterapie**

Tato metoda není až tak frekventovanou ve vybraných denních stacionářích. Realizována je také odlišným způsobem v každém z vybraných zařízení.

V Barevném světě si klienti sami vyrobili loutkové divadlo včetně loutek, čímž opět došlo k propojení více terapeutických metod - pomocí ergoterapie a arteterapie bylo možné realizovat dramaterapii. Klienti s divadlem pracují různými způsoby. Jednak si v něm spontánně mohou hrát různé scénky, které je právě napadají a využívají ho tak spíše ke hře, nebo si nacvičují konkrétní hru, například nějakou pohádku, kde mají přesně dáno, co kdo hraje, co má říkat apod.

V Denním rehabilitačním stacionáři je dramaterapie realizována velmi zřídka, spíše jako různé aktivity jako je například hra jmen nebo motanice. Někdy si klienti také nacvičují krátké divadelní představení, kde hrají určité role.

Nacvičovat s mentálně postiženými klienty nějaké hry, ve kterých hrají určité role, je velmi obtížné zejména v důsledku jejich postižení, které způsobuje, že nedisponují příliš dobrou pamětí a vyžadují neustálé opakování toho, co se již naučili. Některé klienty navíc stresuje, že si něco nedokáží zapamatovat a cítí se potom méněcenní. Proto je opravdu důležité pečlivě vybírat jedince, kteří jsou pro tuto činnost vhodní. U některých klientů tuto aktivitu nelze realizovat vůbec.

#### **4.3.3.5 Zooterapie**

Zooterapie je ve stacionáři velmi populární metodou, hlavně ze strany klientů. Konkrétně se v Třebíčských stacionářích setkáváme s hipoterapií a častěji pak s canisterapií. V obou stacionářích se těchto metod však využívá rozdílně.

Prvním rozdílem je to, že v Denním rehabilitačním stacionáři je canisterapie jakousi nadstandardní službou, která se provádí pouze u těch klientů, kteří si za tuto terapii zaplatí zvláštní částku peněz, kdežto v Barevném světě je součástí služeb standardně poskytovaných stacionářem a klienti tak nemusí platit žádné peníze navíc. Dalším rozdílem je samotný průběh canisterapie. V obou stacionářích jsem byla přítomná u tohoto druhu terapie, a tak mohu jejich provedení porovnat na základě vlastního pozorování.

V Denním rehabilitačním stacionáři (viz příloha č. 3) se klienti, kteří měli canisterapii zaplacenou sešli ve společenské místnosti u jednoho pejska, který za nimi s canisterapeutkou přišel. Klienti nejdříve psa hladili nebo si půjčili kartáč a česali ho. Potom se jeden po druhém u pejska střídali v polohování – po jednom si k pejskovi lehali a odpočívali, psa hladili a nechali se jím zahřívat. Ve stacionáři této činnosti říkají, že se jdou s pejskem „válet“. Právě toto „válení“ se provádí také u klientky, která má diagnostikovanou těžkou formu mentální retardace v kombinaci s dalšími postiženími a u které není možné používat jiné metody práce právě v důsledku jejího postižení. Pes zde poskytuje stimuly, které pomáhají rozvíjet vnímání klientky a dochází tak k realizaci metody bazální stimulace. Po „válení“ se rozvinuly spontánní aktivity v interakci se psem. Někteří klienti ho krmili piškotem, jiní si s ním hráli, někteří ho nechávali aportovat nebo se s ním jen tak mazlili. Canisterapie zde spíše působila jako takové zpestření celého týdne, které klienty příjemně naladilo.

V Barevném světě (viz příloha č. 3) jsem se mohla setkat opět s větší organizovaností této metody, podobně jako u některých metod předchozích. Canisterapeutka, která stacionář navštívila přišla se třemi psy. Jelikož byla tato terapie dostupná pro všechny klienty stacionáře, canisterapeutka se psy odešla do místnosti, která slouží jako místnost pro relaxaci a pohybové aktivity a tam za ní a za pejsky klienti po třech chodili na dobu asi půl hodiny.

Každý klient tak měl „svého“ pejska. Nejdříve probíhalo mazlení a česání psů při němž klienti a terapeutka uvolněně konverzovali o tom, zda klienti mají doma také psa, zda se se psy setkávají někde ve svém sousedství apod. Tato konverzace se poté změnila v jakousi formu vyučování, kdy terapeutka cíleně kladla otázky týkající se psů nebo konkrétní situace, např.: „Jakou má barvu tento pejsek? Co je tohle (ukazující na čumák psa)? A co má pejsek, co lidi nemají? Kolik má pejsek nohou? Pamatujete si, jak se pejsci jmenují? Na co potřebují pejsci obojek?“ apod. Otázky, na které klienti neznali odpovědi se po chvíli opakovaly znovu a na konci sezení znali klienti odpovědi na všechny dané otázky. Mohla jsem se tak setkat nejen s radostí klientů ze psí přítomnosti, ale také s využitím psů k určitému způsobu vzdělávání. Klienti tak odcházeli z canisterapie nejen psychicky uvolnění, ale také s některými poznatky, které si zopakovali nebo se je nově naučili.

Dalším zvířetem využívaným, i když ne tak hojně, je v obou stacionářích kůň. V Denním rehabilitačním stacionáři pořádají téměř každý měsíc výlety do přilehlé stáje, kde mají klienti možnost hipoterapie s kvalifikovanou terapeutkou a speciálně vycvičeným koněm. Pracovníci však zmiňují, že se jedná spíše o jakési zpestření celého měsíce a neshledávají hipoterapii až tak přínosnou. Spíše dává klientům možnost nové zkušenosti s větším zvířetem, přímý kontakt s ním a také netradiční tělesnou aktivitu. V Barevném světě dříve také navštěvovali tu stejnou stáj, ovšem v současnosti využívají hipoterapie spíše sporadicky, například na nějakých výletech, kde je možné svezení se na koni, tudíž také zde nemá tato forma zooterapie přílišné terapeutické důsledky a funguje spíše jako jisté zpestření nebo odbočení od stereotypu.

#### **4.3.3.6 Vzdělávání**

Klienti s lehčími formami postižení často přicházejí do stacionáře po tom, co absolvovali určité formy vzdělávání ve speciálních či praktických školách. Proto je velmi žádoucí tyto jejich znalosti udržovat a dále rozvíjet. Často se také klienti v denních stacionářích učí něčemu úplně novému, s čím se dříve nesetkali. K tomu slouží cílená práce se speciálním pedagogem.

V Denním rehabilitačním stacionáři jsou tyto činnosti realizovány velice individuálně. Pracovníci stacionáře se snaží o individuální práci s každým klientem podle jeho možností a schopností. Klienti se učí číst, psát nebo počítat nebo si tyto již nabyté znalosti upevňují (viz příloha č. 3). Jedná se o činnosti buď pouze na ten daný den – speciální pedagog zadá klientovi nějaké úkoly (početní úlohu, psaní podle písanky, čtení ze slabikáře apod.), které mu potom pomáhá plnit nebo kontroluje správnost jejich plnění, nebo se jedná o činnosti

dlouhodobějšího rázu – někteří klienti mají speciální každodenní úkoly, například jedna z klientek zapisuje od začátku tohoto roku do speciálního sešitu jaké je každý den počasí a kreslí k tomuto popisu také obrázek charakterizující počasí daného dne. Věc, která mne v tomto stacionáři velmi překvapila je výuka anglického jazyka. Klienti s lehkou formou mentální retardace se s pracovníky učí různým anglickým slovíčkům a dokonce i celým větám (viz příloha č. 3). Sami jsou z této činnosti nadšení a jsou na znalosti anglických slovíček právem pyšní. I tyto znalosti jim tedy dodávají velkou dávku sebedůvěry v tom, že jsou schopni naučit se takovým věcem jako ostatní lidé nebo je v této oblasti dokonce překonat, jelikož někteří lidé neumí anglicky ani jediné slůvko.

V Barevném světě jsou vzdělávací aktivity realizovány v tzv. „školičce“. Tento název má klientům asociovat běžnou školu a má se jí také podobat. „Školičku“ navštěvuje dohromady čtrnáct klientů, ovšem na danou „hodinu“ chodí dva až tři klienti, kterým se věnuje speciální pedagog po dobu zhruba hodiny a půl. Poté se klienti střídají. Speciální pedagog pracuje s klienty zejména pomocí pracovních listů předem připravených pro vzdělávací účely (viz příloha č. 3), klienti jsou rozvíjeni v oblastech čtení, psaní, počítání, přírodovědy a všeobecných znalostech. Klienti se zde mohou naučit také základům práce na počítači nebo navštěvovat tzv. Kurz hospodaření s penězi, kde se učí jaká je hodnota peněz, co si mohou za dané peníze koupit nebo jak si naplánovat nákup. Klienti s těžšími formami postižení se ve „školičce“ rozvíjí pomocí různých herních činností, práci s obrázky, s kostkami, s různými skládačkami apod. Učí se jednodušším věcem, jako jsou barvy, názvy předmětů, zvířat apod. a rozvíjí si zejména jemnou motoriku (viz příloha č. 3).

V obou stacionářích není klientů, kteří by nebyli nějakým určitým způsobem vzdělávání. Uplatňuje se tak jejich právo na vzdělání, a ačkoli je u některých klientů rozsah oblasti vzdělávání značně omezen v důsledku hloubky jejich postižení, zažívají pracovníci úspěchy v rozvoji jednotlivých klientů zejména díky individuálnímu přístupu ke každému z nich.

#### **4.3.3.7 Volnočasové aktivity**

Zajisté nesmí být opomenuty další aktivity, které bývají běžnou součástí dne ve stacionáři. Tyto činnosti většinou vyplňují volný čas, který vzniká mezi cílenými terapiemi. Mohli bychom jmenovat cvičení v tělocvičně, pobyt venku a procházky, nebo realizaci různých relaxačních technik a odpočinku, ke kterému se využívá psychorelaxačních místností. Volného času ve stacionářích se využívá také k uvolněné konverzaci mezi klienty a pracovníky nebo k různým společenským hrám.



#### **4.3.4 Způsoby integrace**

Denní rehabilitační stacionáře poskytují takové služby, které jsou přínosné nejen pro klienty samotné, ale jsou důležité také v oblasti jejich integrace do společnosti. V Denním rehabilitačním stacionáři a Barevném světě je integrace mentálně postižených do společnosti jedním z hlavních cílů. K dosažení tohoto cíle využívají tato zařízení metod podrobněji popsaných výše a některých dalších aktivit. Tato kapitola má za úkol shrnout činnosti vybraných stacionářů podporující integraci svých klientů do společnosti.

##### **4.3.4.1 Sociálně terapeutické činnosti**

K těmto činnostem řadíme ty činnosti, které klienti potřebují pro každodenní život. Klienti se učí nebo zdokonalují v sebeobsluze a učí se péči o domácnost – uklízení, mytí nádobí, praní, žehlení a skládání prádla nebo vaření. Jednou z těchto činností je také nakupování. V obou stacionářích věnují pracovníci této činnosti zvláštní pozornost. Situace, kdy je potřeba něco do stacionáře koupit, využívají k tomu, aby do této činnosti své klienty zapojovali. Nevydají se tedy na nákup sami, ale ve společnosti právě klientů stacionářů. Tímto způsobem se mentálně postižení nejen učí něco nakoupit, ale taky získávají představu o tom, kolik co stojí. Kromě toho se využívá venkovních prostor stacionářů, kde se mohou klienti naučit obstarávat zahrádku a celkově dbát o vzhled okolí stacionáře.

##### **Možnost pracovního uplatnění**

Dovednosti v oblasti péče o domácnost nejsou přínosné pouze pro rozvoj klienta v péči o vlastní domácnost, je zde možnost využít je také v případném pracovním uplatnění klientů, u kterých možnost zaměstnání přichází v úvahu. K tomuto si můžeme uvést příklad z Barevného světa, kde je jedna z klientek v tomto zařízení zaměstnána jako uklízečka. Při nácviku každodenních činností se tedy u klientů dosahuje integrace nejen zvyšováním úrovně jejich samostatnosti, ale také možností zařazení do pracovního procesu. V této oblasti zachází Denní centrum Barevný svět mnohem dále. V letošním roce zahájil dva projekty: „Tréninkovou zahradu“ a „Tréninkovou kavárnu“. Tento projekt je určen dospělým lidem s mentálním a kombinovaným postižením. Veškeré služby tohoto programu jsou zadarmo. Kapacita projektu je deset uživatelů služeb v každém z nich. Hlavním cílem projektu je připravit právě takto postižené lidi na základní znalosti o pracovním procesu a z hlediska sociálního na jejich další pracovní uplatnění na volném trhu práce a napomoci jim tak při integraci do společnosti. Před zahájením samotného tréninkového programu zájemce

absolvuje motivační kurz a teoretickou výuku a přípravu, která probíhá v Denním centru Barevný svět v Třebíči. Po absolvování těchto částí projektu se sjednávají částečné pracovní poměry účastníkům projektu a tím se aktivně zapojí do pracovního procesu. Účastníci budou zaměstnáni na částečné pracovní úvazky, tyto úvazky budou sjednávány individuálně, dle zdravotních možností a osobního zájmu účastníků. Předpoklad je, že každý účastník odpracuje týdně průměrně čtyři hodiny, každý den budou pracovat dva účastníci a celý program trvá jeden rok. Tyto pracovní příležitosti vznikají v „Tréninkové kavárně“ a poté v „Tréninkové zahradě“ zřízené v prostorách parku Státního zámku Jaroměřice nad Rokytnou. Po celou dobu pracovního výkonu bude účastníkům k dispozici osoba zodpovědná za provoz těchto programů, která bude dohlížet nad činnostmi vykonávanými účastníky projektu a kdykoliv jim bude nápomocná. Celý projekt začíná programem „Tréninková kavárna“ a pokračuje „Tréninkovou zahradou“. Oba tyto programy trvají jeden rok každý. V „Tréninkové kavárně“ budou klienti vykonávat zejména tyto činnosti: připravovat teplé a studené nápoje, připravovat jednoduché míchané nápoje, podílet se na přípravě jednoduchých výrobků studené kuchyně, obsluhovat hosty „Tréninkové kavárny“, udržovat čistotu v prostorách „Tréninkové kavárny“ a také recyklovat a správně nakládat s odpadem. Po ukončení pracovně tréninkového programu v „Tréninkové kavárně“ se zapojí účastníci projektu do pracovně tréninkového programu „Tréninková zahrada“. V programu „Tréninková zahrada“ budou klienti podle svých možností ošetřovat trávníky, pečovat o okrasné osázené plochy, vysazovat, kypřit a zalévat rostliny, pečovat o okrasné dřeviny a ostatní stromy, uklízet spadlé listí a učit se recyklovat a správně nakládat s odpadem. Částečně se budou podílet na péči o rostliny v zámku, případně budou spolupracovat při přípravě okrasných a dekorativních sušených květů. Po celou dobu těchto programů probíhají konzultace s psychologem. Po dvouletém ukončení obou pracovně tréninkových programů bude zájemce o další zaměstnání zařazen do Tranzitního programu. Tranzitní program se orientuje na zařazování lidí s mentálním postižením na nechráněná pracovní místa. Náplní Tranzitního programu je nácvik znalostí a schopností potřebných pro vyhledávání, získání a udržení si pracovního místa na trhu práce.

V době, kdy jsem stacionář Barevný svět navštívila byl tento projekt ve fázi motivačního kurzu a teoretické výuky a přípravy, která probíhala především ve cvičné kuchyni. Samotná „Tréninková kavárna“ v Jaroměřicích bude funkční začátkem období turistické sezóny.

#### **4.3.4.2 *Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti***

Do této oblasti můžeme zařadit všechny metody a aktivity stacionářů popsané v kapitole týkající se terapeutických metod. Právě při nich se totiž zlepšuje jemná motorika klientů, jejich psychika i sociální dovednosti. Učí se novým schopnostem, rozvíjí se v oblastech uměleckých nebo školních. Právě díky těmto činnostem se klienti více vyrovnávají ostatním lidem a přibližují se „normalitě“. Nejenže každá nová dovednost a znalost pomáhá klientům zvyšovat jejich sebevědomí a oni tak mají blíže k „normálním“ lidem, způsobuje také to, že „normální“ lidé mají blíže k mentálně postiženým. To, že lidé mohou vidět a obdivovat to, čeho všeho jsou handicapovaní schopni, pomáhá odbourávat předsudky, které lidé vůči mentálně postiženým mohou mít. Čím blíže jsou v této oblasti postižení „normálním“ lidem, tím více jsou tito lidé schopni handicapované přijmout a dát tak větší prostor pro jejich integraci do společnosti.

#### **4.3.4.3 *Pomoc při uplatňování práv***

Pracovníci v obou stacionářích také neopomněli zmínit to, že své klienty seznamují s jejich právy a jakým způsobem jich dosahovat. Vedle toho s klienty také nacvičují zásady slušné komunikace a komunikaci s cizími lidmi, aby se klienti potom neostýchali a dokázali si část záležitostí zařídit sami. Pokud si klient nedokáže některou ze záležitostí vyřídit sám, pracovníci mu v tom pomáhají – např. doprovází ho na úřady, pomáhají mu vyplnit některé formuláře apod.

#### **4.3.4.4 *Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím***

Cílem stacionářů není klienty nějakým způsobem segregovat nebo zavřít před okolním světem, ačkoli někdy tento názor v důsledku historického vývoje ústavní péče stále přetrvává. Je tomu právě naopak. Denní stacionáře se snaží klienty rozvíjet nejen v prostředí těchto zařízení, ale také prostřednictvím různých výletů a společenských akcí. Právě pomocí těchto činností se zajišťuje přímý kontakt klientů se společností.

V Denním rehabilitačním stacionáři patří mezi každoroční aktivity jarní a podzimní výlety. Na tyto jednodenní výlety jezdí s klienty nejen pracovníci, ale také rodiče. Jezdí se většinou za různými historickými památkami, letos v květnu se bude například pořádat výlet do Lednice. Mimo to se každý rok pořádají letní pobyty na dobu jednoho týdne. Tyto pobyty jsou realizovány většinou v rámci České republiky, ale před třemi lety se pracovníci s klienty vydali na letní pobyt u moře. V Barevném světě pořádají podobné výlety, buď jednodenní za

nějakými sportovními aktivitami (např. na koupaliště), do ZOO nebo za historickými památkami, každoročně se pořádá také výlet vícedenní a v roce 2009 uspořádal stacionář rovněž výlet k moři.

Odpolední čas trávený ve stacionářích je často využíván k návštěvám různých výstav. Někdy se organizují také činnosti mimo pracovní dobu stacionářů, například večerní návštěvy koncertů, divadel nebo kina. Každoročně klienti obou stacionářů navštěvují ples, který se koná v Třebíči a jehož organizátorem je Sdružení pro pomoc mentálně postiženým. Za zábavou se jezdí také do vzdálenějších lokalit než jen do okolí Třebíče. Barevný svět i Denní rehabilitační stacionář například každoročně jezdí do Prahy na koncert pořádaný televizí Nova.

Dále oba stacionáře spolupracují s některými mateřskými a základními školami v Třebíči. Žáci těchto škol si připravují různá divadélka nebo vystoupení, která potom chodí do stacionářů předvádět. Naopak klienti stacionářů si připravují různá představení pro děti a žáky a s těmito představeními školy a školky navštěvují. Vedle spolupráce stacionářů s trebičskými školami nelze také opomenout spolupráci mezi jednotlivými stacionáři v Třebíči. Všechny Třebíčské stacionáře pořádají různé společné činnosti, například chodí společně pravidelně hrát kuželky a pořádají různé turnaje. Oba stacionáře ale také spolupracují se stacionáři z jiných měst. Každoročně se například koná turnaj ve fotbale mezi stacionáři v Třebíči a v Myslibořicích. Denní centrum Barevný svět spolupracuje také se stacionářem v Jinošově, v Ledči nad Sázavou a v Jihlavě. Například minulý měsíc si klienti Barevného světa připravili pro klienty z Jihlavy soutěž Riskuj, jindy si zase připraví oni něco pro ně a vzájemně za takovými účely navštěvují.

Zajisté nelze opomenout ani snahy stacionáře o jakousi osvětu. Tím se míní snahy otevřít stacionáře pro širokou veřejnost a umožnit tak „normálním“ lidem navštívit stacionáře a podívat se, jak taková zařízení vlastně fungují, jaké služby poskytují a jakými činnostmi se v denních stacionářích klienti zabývají. K tomu slouží například Dny otevřených dveří, které stacionáře každoročně pořádají v rámci Grantového systému Zdravého města Třebíč „Žít společně“. Ty se pořádají v Denním rehabilitačním stacionáři v měsíci květnu a v Barevném světě v prosinci a trvají jeden pracovní týden. Podstatou těchto Dní otevřených dveří je trávení času ve stacionáři společně s klienty a zaměstnanci. Návštěvníci tak mají možnost si zde vyzkoušet činnosti a aktivity, které jsou ve stacionáři součástí zaměstnávání klientů při pobytu v těchto zařízeních. Smyslem této akce je přiblížit veřejnosti život lidí s handicapem, pomoci jim pochopit jejich chování a jednání, ale poukázat také na důležitost stacionářů pro klienty a jejich rodinné příslušníky.

Denní rehabilitační stacionář také v rámci Grantového systému každý rok v červnu pořádá Sportovní den konaný na zahradě tohoto stacionáře. Tento sportovní den je určen nejen pro lidi s handicapem, ale také pro lidi bez postižení. Soutěží se v různých disciplínách, avšak akce nemá ani vítěze ani poražené – každý něco vyhraje. Na určeném místě každý obdrží soutěžní kartičku, se kterou postupně obejde všechny soutěžní stanoviště a za každou splněnou disciplínu obdrží razítko. V cíli kartičku promění za odměny. Soutěžní den je doprovázen dalšími programy, jako jsou různá vystoupení, ukázky canisterapie apod.

Barevný svět se aktivně angažuje do osvěty. Pořádají různé besedy s veřejností, různé přednášky o sociálních službách, které realizují v devátých třídách třebíčských základních škol. Mimo to také pořádají různá setkání se sponzory.

Snahy o integraci klientů jsou tedy realizovány nejen z jakéhosi terapeutického pohledu, totiž že se pracovníci stacionáře snaží připravit své klienty tak, aby jejich vřazení do společnosti bylo snadnější. Stacionáře se také snaží pomocí výše zmíněných aktivit připravit společnost, a to tak, aby byla lépe schopna a ochotna mezi sebe mentálně postižené přijmout.

## **Závěr**

Ve své bakalářské práci jsem se snažila charakterizovat práci s mentálně postiženou mládeží a dospělými v denních stacionářích. V teoretické části se zabývám teoretickými východisky této problematiky. V empirické části jsou vytyčeny cíle a metody výzkumu a charakterizován vzorek denních stacionářů, kde byl výzkum prováděn. Jelikož mým výzkumným vzorkem byly pouze dva denní stacionáře, Denní rehabilitační stacionář Třebíč a Denní centrum Barevný svět, rozhodla jsem se stanovit si cílem této části práce charakteristiku a porovnání práce s mentálně postiženými klienty v těchto denních stacionářích. Díky velmi vstřícnému přijetí pracovníků i klientů obou zařízení, jejich ochotě a vytvoření ideálních podmínek pro zpracování praktické části mé práce mohu konstatovat, že cíle se mi podařilo dosáhnout.

Výzkum i samotné psaní bakalářské práce mi přineslo mnohá zjištění a nové informace. Ukázalo se, že je rozvoj mentálně postižených lidí velmi náročnou kategorií zejména z důvodu nezbytnosti individuálního přístupu ke každému z nich a že denní stacionáře jsou ideálním místem, kde může být tento rozvoj realizován. Je tomu tak zejména díky velkému nasazení a obětavosti pracovníků, kteří jak se zdá neberou svoje zaměstnání pouze jako zdroj příjmů, ale jako opravdové poslání. Navzdory velké náročnosti práce ve stacionáři pracovníky těchto zařízení jejich práce baví a rozvoj jednotlivých klientů jim přináší upřímnou radost. Důkazem toho, že denní stacionáře a pracovníci v nich plní svoji funkci více než dobře může být fakt, že i klienti s těžšími nebo kombinovanými formami postižení jsou nejen schopni základních sebeobslužných činností, ale také zapojení se do běžných denních činností a účasti se různých společenských akcí. Jediným problémem, se kterým se stacionáře potýkají je nedostatek peněz pro zakoupení dalšího vybavení nebo realizaci některých aktivit a výletů. I tuto nepříznivou okolnost se však pracovníci denních stacionářů snaží aktivně řešit vyhledáváním nových sponzorů a dalších možností finančních zdrojů. Ať už je však materiální zázemí jednotlivých stacionářů jakékoli, základním stavebním kamenem veškeré práce s postiženými jsou zdá se právě pracovníci, kteří v klientech vzbuzují zájem o osobní rozvoj a k tomuto rozvoji ve stacionáři vytvářejí nejen přátelskou atmosféru plnou zajímavých podnětů z nejrůznějších oblastí, ale jsou také ochotni kdykoli svým klientům podat pomocnou ruku.

## Použitá literatura a prameny

1. ČERNÁ, M. *Česká psychopedie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3.
2. KREMLIČKOVÁ, M., NOVOTNÁ, M. *Kapitoly ze speciální pedagogiky pro učitele*. 1. vyd. Praha: SPN, 1997. ISBN 80-95937-60-3.
3. MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. 2. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 1999. ISBN 80-85850-76-1.
4. PATOČKA, J. et al. *Vybrané spisy Jana Amose Komenského*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1958.
5. PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 1. vyd. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6.
6. PIPEKOVÁ, M., VÍTKOVÁ M. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. 1. vyd. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-010-7.
7. RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Speciální pedagogika*. 3. vyd. Olomouc: UP v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1073-7.
8. SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.
9. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7.
10. TEPLÁ, M. *Náměty pro vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením*. 1. vyd. Praha: TECH-MARKET, 2001. ISBN 80-7066-899-7.
11. VALENTA, M. *Dramaterapie*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 2007. ISBN 978-80-247-1819-4.

## Elektronické zdroje

1. *Arteterapie v České republice*. [online] Praha: Česká arteterapeutická asociace, 2005 – [19.3.2011]. Dostupné z WWW: <<http://www.arteterapie.cz/>>.
2. *Boj proti diskriminaci – Osoby s postižením*. [online] Praha: Informační centrum OSN, 2005 – [3.3.2011]. Dostupné z WWW: <<http://www.osn.cz/lidska-prava/?kap=42&subkap=50>>.

3. *Declaration on the Rights of Mentally Retarded Persons*. [online] Geneva: OHCHR, 1996 – 2011 [3.3.2011]. Dostupné z WWW: <http://www2.ohchr.org/english/law/res2856.htm>.
4. *Denní centrum Barevný svět*. [online] Třebíč: 2009 – [1.4.2011]. Dostupné z WWW: <http://www.barevny-svet.eu/>.
5. *Denní rehabilitační stacionář pro tělesně a mentálně postižené děti a mládež v Třebíči*. [online] Třebíč: 2011 – [27.3.2011]. Dostupné z WWW: <http://www.stacionar-trebic.cz/>.
6. KANTOR, J. *Muzikoterapie*. [online] Praha: 2007 – 2011 [19.3.2011]. Dostupné z WWW: <http://www.muzikoterapie.cz/?p=muzikoterapie>.
7. *O canisterapii*. [online] Frýdek Místek: Podané ruce o.s., 2008 – [23.3.2011]. Dostupné z WWW: <http://www.canisterapie.info/o-canisterapii/cile-canisterapie/>.
8. *Typické znaky Downova syndromu* [on-line]. Downův syndrom. 2009 – [5.3.2011]. Dostupné z WWW: <http://www.downsyndrom.cz/typicke-znaky-downova-syndromu/>.
9. *Typy canisterapie*. [online] Starý Plzenec: Pomocné tlapky o.p.s., 31.8.2009 [23.3.2011]. Dostupné z WWW: <http://www.canisterapie.cz/cz/canisterapie-zakladni-informace/typy-canisterapie-38.html>.
10. *Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních*. [online] Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2006 – [11.2.2011]. Dostupné z WWW: <http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-72-2005-sb-1>.
11. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách*. [online] Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, [16.2.2011]. Dostupné z WWW: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108\\_2006\\_Sb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf).
12. ŽIVNÝ, B. *Dětská mozková obrna*. [online] Praha: DMO klinika, 2005 – [17.3.2011]. Dostupné z WWW: [http://neurocentrum.cz/DMO\\_info.htm#DMO](http://neurocentrum.cz/DMO_info.htm#DMO).



## **Seznam příloh**

Příloha č. 1 – Denní stacionáře v Třebíči

Příloha č. 2 – Materiální vybavení denních stacionářů

Příloha č. 3 – Terapeutické metody

**Příloha č. 1 – Denní stacionáře v Třebíči**



Obr. 1 Denní centrum Barevný svět



Obr. 2 Denní rehabilitační stacionář

## Příloha č. 2 – Materiální vybavení stacionářů



Obr. 3 Výtvarná a šicí dílna (Barevný svět)



Obr. 4 Cvičná kuchyně (Barevný svět)





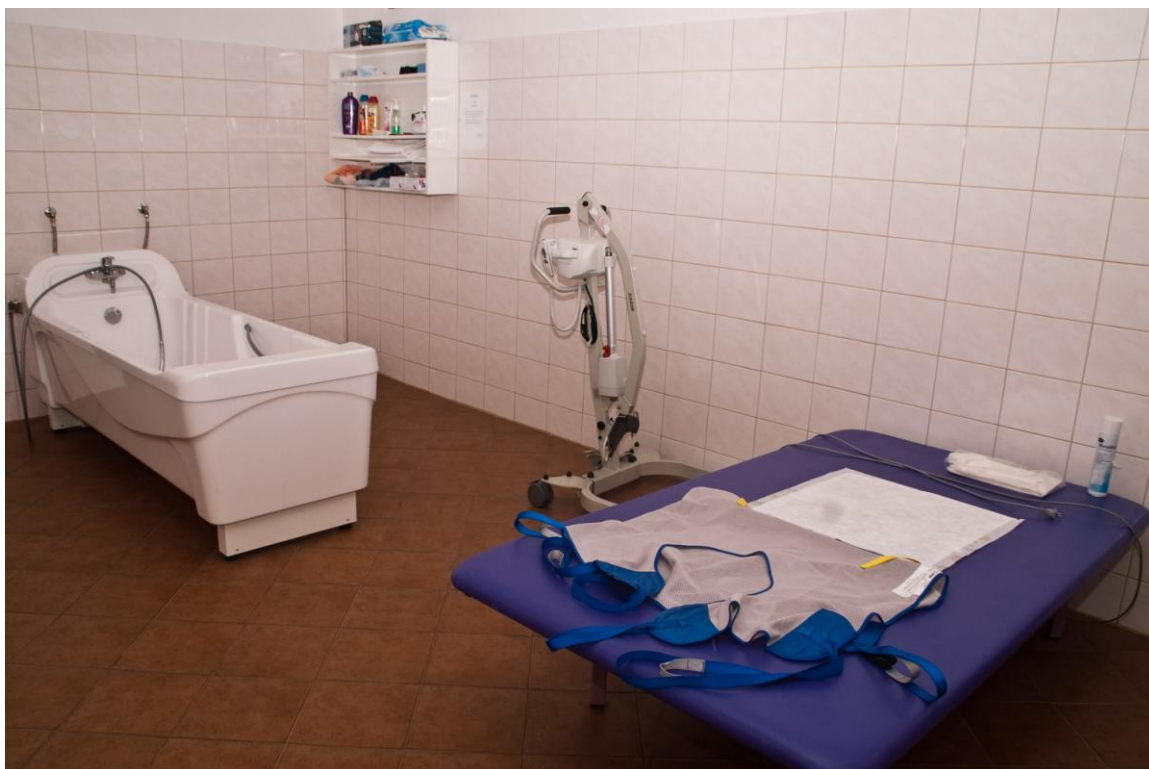
Obr. 5 Třída (Denní rehabilitační stacionář)



Obr. 6 Tělocvična (Denní rehabilitační stacionář)



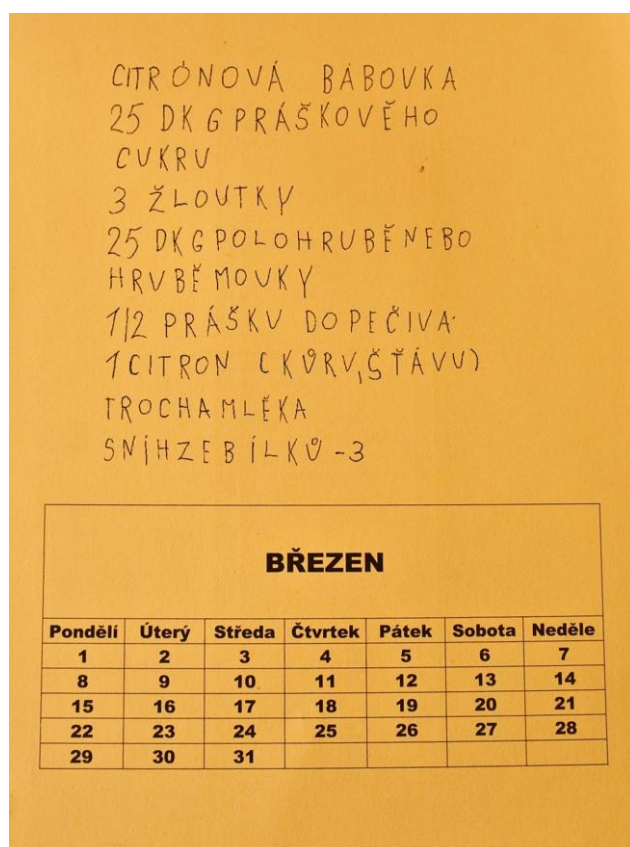
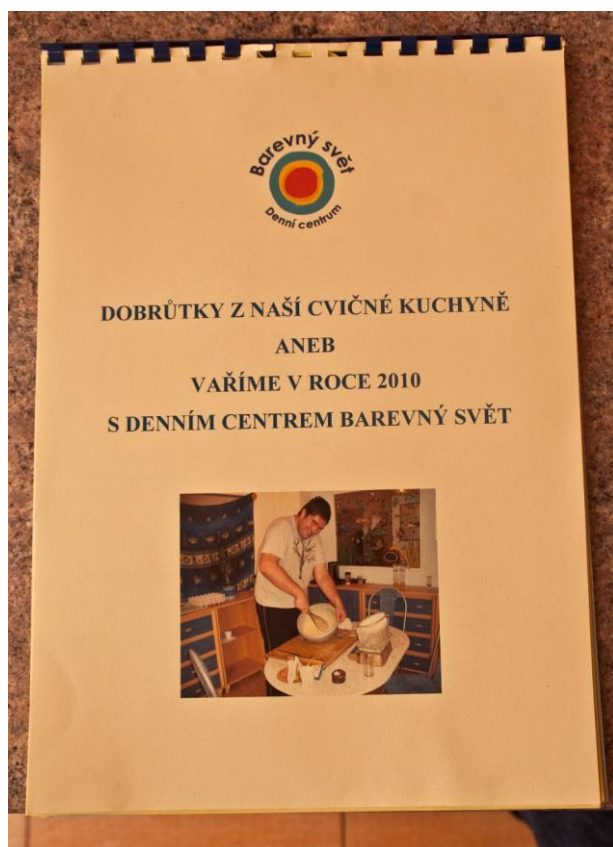
Obr. 7 Psycho-relaxační místnost (Denní rehabilitační stacionář)



Obr. 8 Koupelna (Denní rehabilitační stacionář)



### Příloha č. 3 – Terapeutické metody



Obr. 9 – 10 Kalendář (Barevný svět)



Obr. 11 Měření tlaku (Denní rehabilitační stacionář)



Obr. 12 Vytváření koláže z barevných papírů (Denní rehabilitační stacionář)



Obr. 13 Malování na trička (Barevný svět)



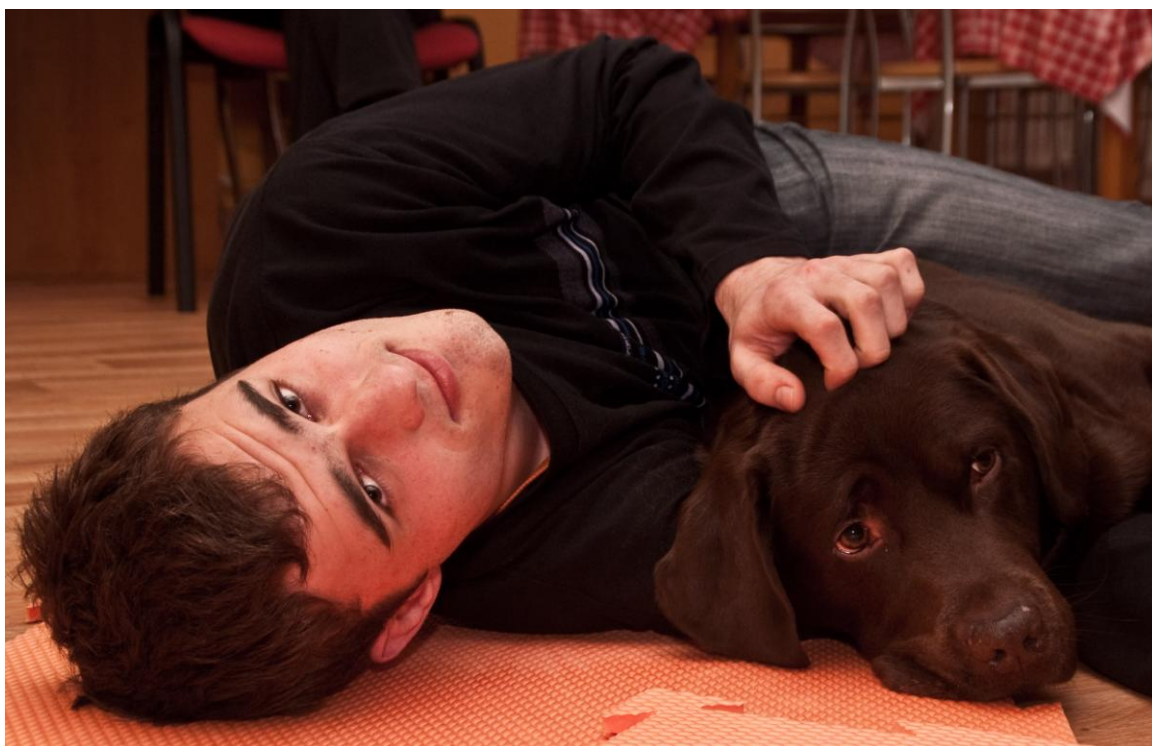


Obr. 14 a 15 Muzikoterapie (Denní rehabilitační stacionář)



Obr. 16 Canisterapie – česání (Denní rehabilitační stacionář)

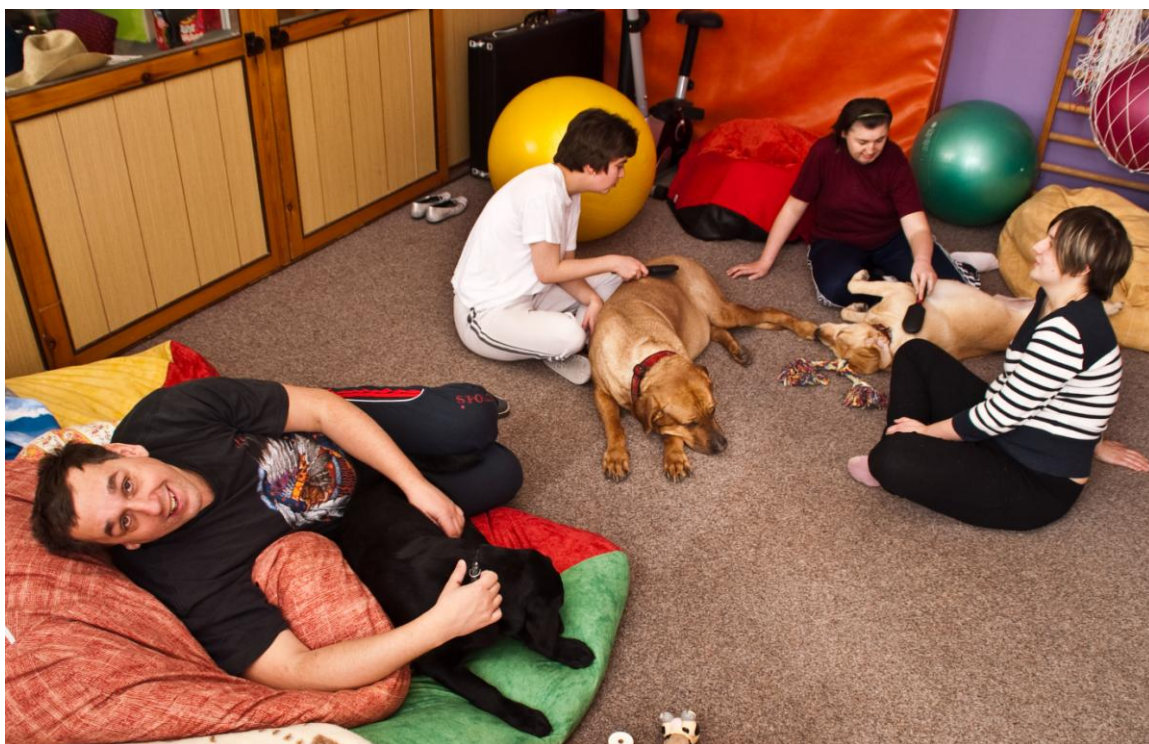




Obr. 17 Canisterapie – polohování (Denní rehabilitační stacionář)



Obr. 18 Canisterapie využitá jako metoda bazální stimulace (Denní rehabilitační stacionář)



Obr. 19 Canisterapie (Barevný svět)



Obr. 20 Canisterapie – pojmenovávání různých částí psího těla (Barevný svět)





Obr. 21 Výuka počítání (Denní rehabilitační stacionář)



Obr. 22 Výuka angličtiny (Denní rehabilitační stacionář)



Obr. 23 „Školička“ (Barevný svět)

Zdobíme s maminkou vánoční perníčky  
0 – 100 bez přechodu přes 10

1. Maminka upekla 30 perníkových sněhuláků, o 7 více zvonečků, kroužků o 4 méně než sněhuláků a srdíček o 10 více než sněhuláků. Hvězdiček, stromčků a sněhuláků bylo stejně. Dokážeš doplnit?


2. Požádala mě a bratra Vašíka o pomoc při zdobení. Sama ozdobila z každého druhu dva kousky. Kolik ozdobila celkem?

\_\_\_\_\_

Zůstalo nám k ozdobení:


Vašík ozdobil:

4	2	6	5	3

Já jsem měla za úkol ozdobit zbytek. Bylo to:

--	--	--	--	--

Autorem materiálu a všech jeho částí, není-li uvedeno jinak, je Mgr. Petra Cemerková Golová.  
Dostupné z Metodického portálu [www.rvp.cz](http://www.rvp.cz), ISSN: 1802-4785, financovaného z ESF a státního rozpočtu ČR.  
Provozuje ho Ústřední ústav pedagogický v Praze.

Obr. 24 Pracovní listy (Barevný svět)





Obr. 25 Vzdělávání klientů s těžšími formami postižení pomocí obrázků (Barevný svět)